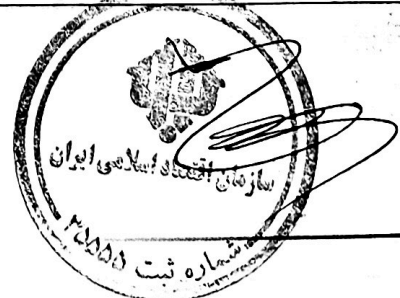


نرخ و شرایط بیمه نامه درمان تکمیلی صندوق های قرض الحسنه سال ۱۴۰۵-۱۴۰۶

ردیف	نوع پوشش	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	طرح ۴	طرح ۵
		سقف تعهدات	سقف تعهدات	سقف تعهدات	سقف تعهدات	سقف تعهدات
۱	جبران هزینه بستری، جراحی، DAY CAFE در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود، داروهای خاص، برای هر نفر حداکثر در سال تا مبلغ:	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	افزایش سقف تعهدات جراحی شامل اعمال جراحی شیمی درمانی، عمل‌های جراحی مزمن با سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گالانایف، قلب، پیوند، ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز و استخوان، آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز، پیوند چشم (قرنیه چشم)، پیوند دست، حداکثر در سال	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	جبران هزینه‌های زایمان، اعم از طبیعی و سزارین حداکثر در سال تا مبلغ:	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	پاراکلینیکی ۱: جبران هزینه‌های انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی، عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام. آر. آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان و درمان رادیو ایزوتوپ)، دانستومتری، سونوگرافی در مطب توسط پزشک متخصص نازایی حداکثر در سال تا مبلغ:	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	پاراکلینیکی ۲: انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیص قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکو کاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، ECG، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی (شامل اسپرومتری FFT)، خدمات تشخیص یورو دینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی الکترو میلوگرافی، هدایت عصبی (NOVENG) خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپیتومتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) حداکثر در سال تا مبلغ:	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۶	جبران هزینه‌های مجاز سرپایی مانند شکستگی‌ها، در رفتگی‌ها، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی، اسکن کف پا، کیسه کولستومی و یورستومی، RINS تحریک مغناطیس مغز پریمتری، پی آر پی (باستثنا عیوب انکساری دید چشم) حداکثر در سال تا مبلغ:	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	جبران هزینه‌های خدمات آزمایشگاهی شامل: آزمایش‌های تشخیص پزشکی شامل پاتولوژی یا آسیب‌شناسی و ژنتیک پزشکی، تست‌های آلرژیک، تست پاپ اسمیر، پرداخت هزینه پاپ اسمیر همزمان با آزمایش HPV در صورت منفی بودن آزمایش حداکثر در سال تا مبلغ:	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	جبران هزینه رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف استigmat ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد حداکثر در سال برای هر دو چشم مبلغ:	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰



شرکت خدمات بیمه ای آرمان زندگی



۶۰.۰۰۰.۰۰۰	۶۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	تأمین هزینه های مربوط به نازایی و نابرابری شامل (IVF, میکروانجکشن, ZIFT, GIFT, IUI/ITSC) حداکثر در سال تا مبلغ (برای گروه های زیر ۱۰۰۰ نفر سه ماهه دوره انتظار لحاظ خواهد شد.	۹
۶۰.۰۰۰.۰۰۰	۶۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	هزینه تشخیص ناهنجاری های جنین (غربالگری) منوط به دلالتن پوشش زایمان حداکثر	۱۰
۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	.	.	.	جبران هزینه عینک و لنز	۱۱
۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۶۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتار درمانی، اوزن تراپی، شاک ویو، لیزر پرتوان، کایروپراکتیک نوروفیدبک و بیوفیدبک با تایید پزشک متخصص حداکثر در سال تا مبلغ	۱۲
۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	جبران هزینه های جبران هزینه های انواع ویزیت، فوق تخصص، فلوشیپ و متخصص روانپزشکی - ویزیت پزشک فوق تخصص روانپزشکی - ویزیت متخصص تغذیه - کارشناس پروانه دار - ویزیت کارشناس ارشد - ویزیت مشاوره و روان درمانی و ماما و دارو مطابق با لیست فارماکوپه (مازاد بر سهم بیمه گر اول) (دلروی گیاهی فارماکوپه ویزیت و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری و داروهای خارجی و مکمل ها (صرفا جهت بیماران خاص، شیمی درمانی، خاتم های باردار و کودکان تا ۱۰ سال) با تایید پزشک متخصص و پاتسمان و تزریقات و سرم حداکثر در سال	۱۳
۵.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	جبران هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج (داخل شهری) حداکثر در سال تا مبلغ:	۱۴
۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	جبران هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج (خارج شهری) حداکثر در سال تا مبلغ:	۱۵
۲۲.۰۰۰.۰۰۰	۱۷۶۵۰.۰۰۰	۱۳.۳۵۰.۰۰۰	۱۰.۷۰۰.۰۰۰	۹.۵۰۰.۰۰۰	حق بیمه ماهانه ۱۴۰۵ هر نفر با فرانشیز ۲۰ درصد	

- × در صورت تمایل هر یک از صندوق ها جبران کلیه خدمات دندان پزشکی تا سقف ۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال با حق بیمه ۲.۰۰۰.۰۰۰ ریال ماهانه به حق بیمه اصلی اضافه می گردد.
- × در صورت تمایل هر یک از صندوق ها جبران کلیه خدمات دندان پزشکی تا سقف ۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال با حق بیمه ۳.۰۰۰.۰۰۰ ریال ماهانه به حق بیمه اصلی اضافه می گردد.
- × در صورت تمایل هر یک از صندوق ها جبران کلیه خدمات دندان پزشکی تا سقف ۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال با حق بیمه ۴.۵۰۰.۰۰۰ ریال ماهانه به حق بیمه اصلی اضافه می گردد.
- × در صورت تمایل هر یک از صندوق ها جبران کلیه خدمات دندان پزشکی تا سقف ۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال با حق بیمه ۶.۰۰۰.۰۰۰ ریال ماهانه به حق بیمه اصلی اضافه می گردد.



شرکت خدمات بیمه ای آرمان زندگی  
شرکت خدمات بیمه ای آرمان زندگی

