

شماره: ۱۴۰۲/۲۴۸۴۱۸

تاریخ: ۱۴۰۲/۰۳/۲۷

پوست: ندارد

موضوع: طرح همکاری



طرح همکاری

قرارداد درمان تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ، درمانی شهید بهشتی

ردیف	شرح تعهدات	مبلغ	سقف تعهدات طرح همکاری
۱	هزینه های بیمارستانی (بجز چشم) ، انواع سنگ شکن در بیمارستان ، مراکز جراحی محدود و Day Care هزینه همراه افراد کمتر از ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستان.	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	
۲	هزینه های آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج	۱,۰۰۰,۰۰۰	
۳	هزینه های آمبولانس خارج از شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج	۲,۰۰۰,۰۰۰	
۴	اعمال جراحی تخصصی شامل : افزایش سقف تعهدات برای شیمی درمانی ، رادیو تراپی ، اعمال جراحی مرتبط با سرطان ، قلب ، مغز ، اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک و ستون فقرات ، گامانایف ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان ، آنژیوپلاستی و کلیه ی اعمال اینترونشنال عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب بند ۱).	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	
	مجموع تعهدات بیمه گر بابت تعهدات ردیف های ۱ تا ۴ جدول حاضر معادل سقف جراحی تخصصی می باشد	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	
۵	هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند : شکستگی ، در رفتگی ، گچ گیری ، ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی ، اکسیژن لیوم ، بیوپسی ، تخلیه ی کیست ، لیزر درمانی	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	

شماره: ۱۴۰۲/۲۴۸۴۱۸

تاریخ: ۱۴۰۲/۰۳/۲۷

پوسته: ندارد

ندارد

۴۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های پاراکلینیکی گروه ۱ شامل : انواع رادیوگرافی ، آنژیوگرافی سرپایی عروق محیطی و چشم ، انواع سونوگرافی ، انواع اسکن ، ام ار ای ، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان ایزوتوپ) دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان)	پاراکلینیکی گروه ۱	۶
	هزینه های پاراکلینیکی گروه ۲ شامل : انواع آندوسکوپی ، ERCP ، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل نوار قلب ، انواع اکوکاردیوگرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز پیس میکر ، تیلت تست ، خدمات تشخیصی تنفسی مانند (اسپرومتری و PFT و ...) خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (NCV,EMG) الکتروانسفالوگرافی (EEG) ، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم (مانند اپتومتری ، پریمتری ، بیومتری ، پکی متری ، پنٹاکم و ...) ، خدمات تشخیصی گوش (مانند تمپانومتری ، انواع ادیومتری و ...)	پاراکلینیکی گروه ۲	۷
	هزینه های پاراکلینیکی گروه ۳ (آزمایش ها) : خدمات آزمایشگاهی (به استثنای مارکهای جنینی) ، پاتولوژی ، تستهای آلرژیک ، ژنتیک پزشکی (به استثنای آزمایشات ژنتیک جنین و غربالگری ژنتیک والدین)	پاراکلینیکی گروه ۳	۸
	هزینه های پاراکلینیکی گروه ۴ خدمات غربالگری جنینی و تشخیص و درمان ناهنجاری های جنینی شامل : اکوی قلب جنین ، مارکهای جنینی و آزمایش های ژنتیک جنین	پاراکلینیکی گروه ۴	۹
	هزینه های پاراکلینیکی گروه ۵ (توان بخشی) : فیزیوتراپی (PT) ، گفتار درمانی (ST) ، کاردرمانی (OT)	پاراکلینیکی گروه ۵	۱۰
۴۸۰,۰۰۰	حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان با فرانشیز ۳۰ درصد		

توضیحات :

۱. در صورت ارائه پوشش برای افراد غیر تحت تکفل ، فرانشیز این گروه از بیمه شدگان ۱۰ درصد بیشتر از سایر بیمه شدگان خواهد بود .

باسمه تعالی

۱۴۰۲/۲۴۸۴۱۸

شماره:

۱۴۰۲/۰۳/۲۷

تاریخ:



ندارد

پیوست:

۲. دوره انتظار برای تعهد زایمان به مدت ۹ ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه ای هریک از بیمه شدگان خواهد بود. که در این دوره بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به هزینه مربوطه نخواهد داشت ، مگر اینکه بیمه شده به صورت متوالی و مستمر قبلاً تحت پوشش بیمه نامه درمان تکمیلی بوده و مستندات آن را به بیمه گر تحویل نماید .
۳. انتخاب هر طرح قطعی بوده و پس از انتقال اسامی به سیستم ، امکان تغییر و جابه جایی در طرح ها نمیباشد.
۴. در هر خانواده فقط انتخاب یک طرح مجاز است و قاعدتاً طرح افراد تبعی مطابق با طرح بیمه شده اصلی میباشد.
۵. هر فرد تنها مجاز به انتخاب یک طرح میباشد.
۶. با توجه به صدور تنها یک قرارداد با چهار طرح ، انتقال های درون سازمانی و تغییر مراکز تغییری در حق بیمه نخواهد داشت.