

جدول تعهدات قابل ارائه بیمه نامه تکمیل درمان سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ دانشگاه میبد

حد اکثر تعهدات طرح ۲	حد اکثر تعهدات طرح ۱	فرآیند	واحد	توضیحات
۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	نفر	جبران هزینه های بستری در بیمارستان، جراحی در بیمارستان، مراکز جراحی DAY CARE (با بیشتر از ۶ ساعت بستری)، شیمی درمانی (تزریقی، خوراکی) رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، انواع سنگ شکن، جراحی دیسک ستون فقرات، پیوند قرنیه چشم برای هر نفر تا مبلغ
۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	نفر	جبران هزینه اعمال جراحی مهم مربوط به بیماری سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (باستثناء جراحی دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان، بیماریهای خاص شامل هموفیلی، تالاسمی، دیالیز و MS که تعهدات این بند با احتساب بند ۸/۱ می باشد.
۴۲,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	نفر	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین
۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	نفر	جبران هزینه های پاراکلینیکی نوع اول شامل انواع سونوگرافی و (NT-NB)، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، ماموگرافی، سونوگرافی، ام آر آی MRI، انواع آندوسکوپی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری جبران هزینه های پاراکلینیکی نوع دوم شامل رادیولوژی، فیزیوتراپی، تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری - PFT)، نوار عصب (NCV)، نوار عضله (EMG)، نوار مغز (EEG)، نوار مئانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، گفتار درمانی، مشاوره روان درمانی؛ هولتر مانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم جبران هزینه های جراحی مجاز سرپایی شامل: شکستگی و دررفتگی، گچ گیری و باز کردن گچ، ختنه، بخیه و کشیدن آن، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، لیزر درمانی، تخلیه کیست، اورژانس، تمپانومتری، تزریق دارو و مفصلی، پانسمان، شستشوی گوش، برداشتن میخچه زگیل و خال، BCG (سرطان مئانه)، کایروپراتیک، اکوی چشم، اکو اسکن، توپوگرافی جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایشات تشخیص پزشکی، پاتولوژی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، نوار قلب جنین (NST)، هزینه های تشخیص بیماریهای جنین (آزمایش، سونوگرافی، غربال گری جنین)، پاپ اسمیر، هزینه های کاردرمانی و گفتاردرمانی جبران هزینه های ویزیت و دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر- داروهای خارجی که معادل ایرانی آن موجود می باشد براساس تعرفه داروی داخلی و در غیر اینصورت مطابق تعرفه داروی خارجی پرداخت گردد) و خدمات اورژانسی در موارد غیر بستری و مشاوره و هزینه های مسمومیت (به استثناء مسمومیت دارویی و مواد مخدر)
۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	نفر	جبران هزینه مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که درجه نقص بینایی هر چشم سه دیوپتر یا بیشتر باشد
-----	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	دندان	جبران هزینه های دندانپزشکی شامل خدمات کشیدن، جرم گیری، بروساژ، ترمیم، درمان ریشه، روکش، پر کردن
۳,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	نفر	جبران هزینه عینک طبی و لنز تماسی طبی (با تایید پزشک معتمد) هر دو سال یکبار
۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	نفر	حد اکثر تعهد برای جبران هزینه های آمبولانس در داخل شهر برای هر نفر
۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۳۰	نفر	حد اکثر تعهد برای جبران هزینه های آمبولانس بین شهری برای هر نفر