

خلاصه تعهدات قرارداد بیمه تکمیلی درمان کارکنان شهرداری سمنان

۱۴۰۲/۰۲/۳۱ الی ۱۴۰۱/۰۳/۰۱

سقف تعهدات سالانه طرح ۲ (ریال)	سقف تعهدات سالانه طرح ۱ (ریال)	شرح تعهدات
بدون سقف	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های اعمال جراحی تخصصی بیمارستانی شامل: درمان جراحی سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای جراحی ستون فقرات)، جراحی های عروق بزرگ نظیر کاروتید و آئورت، جراحی قلب، آنژیوپلاستی عروق بزرگ نظیر کاروتید، آئورت و عروق کرونر، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان، پیوند پیوند قلب، پیوند قرنيه چشم، گامانایف
بدون سقف	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری، دارو)، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، جراحی های ستون فقرات، اعمال لاپاراسکوپیک، انواع سنگ شکن، جراحی های چشم (به استثنای لیزیک)، جبران هزینه های پروتز (مانند لنز و ... که طی جراحی های مورد تعهد در داخل بدن کار گذاشته می شود) و کورتاژ (تشخیصی - درمانی و تخلیه ای)، در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care، جبران هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال و پرداخت هزینه های داروی بیماران خاص، بستری بیماران اعصاب و روان
بدون سقف	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین
بدون سقف	۸۵,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های مربوط به درمان نازائی و ناباروری شامل داروها و اعمال جراحی مرتبط برای زوجین، IVF، IUI، ZIFT، GIFT
بدون سقف	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	هزینه های پاراکلینیک نوع (۱) مانند: انواع سونوگرافی، ماموگرافی، انواع ام آر ای، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، سنجش تراکم استخوان (BMD) یا دانسیتومتری، انواع آندوسکوپي، کولونوسکوپي، سیستوسکوپي، رکتوسکوپي، آندوسونوگرافی، رینوسکوپي، انواع اکو (اکو کاردیوگرافی، استرس اکو و غیره)، پزشکی هسته ای، FNA، تست UBT، انواع آنژیوگرافی سرپایی، انواع سی تی آنژیوگرافی و سایر موارد مشابه
بدون سقف	۶,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های پاراکلینیک نوع (۲) مانند: تست ورزش، هولترمونیتورینگ، انواع تست های تنفسی (مانند: اسپیرومتری، بادی باکس، DLCO، آستوگرافی (تست متاکولین)، ارگواسپیرومتری، پلتیسموگرافی و غیره)، انواع نوارنگاری (مانند: نوارعضله، نوارعصب، نوارمغز، نوارقلب، نوارمثانه (الکترومیوگرافی مثانه)، مانومتري و غیره)، انواع تست های ارزیابی شنوایی (مانند: تمپانومتري، ادیومتری، ABR (بررسی عصب شنوایی)، EVOK گوش)، انواع تست های ارزیابی بینایی (مانند: تست V.E.P، OCT، پریمتری چشم (اندازه گیری میدان بینایی)، اپتومتري (بینایی سنجی)، GDx، ORBSCAN، پآکیمتری، IOLMASTER، توپوگرافی، پنتاکم، ICG، HRT، تست یورودینامیک، Brain Mapping، تست خواب و سایر موارد مشابه
بدون سقف	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر - درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، برای دو چشم

سقف تعهدات سالانه طرح ۲ (ریال)	سقف تعهدات سالانه طرح ۱ (ریال)	شرح تعهدات
بدون سقف	۶,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های مربوط به جراحی های مجاز سرپایی و بدون بستری مانند: ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، SMART PLUG، تزریق IVIG، تخلیه کیست و لیزر درمانی (در موارد غیر زیبایی و همچنین به استثنای رفع عیوب انکساری چشم) و هزینه های مربوط به کلیه اعمال جراحی مجاز سرپایی مندرج در کتاب تعرفه و اعلام شده به سازمانهای بیمه گر توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت مانند: شکستگیها، دررفتگیها، آتل گذاری، انواع گچ گیری (خرید انواع گچ، دستمزد گچ گیری و ...)، بیرون آوردن جسم خارجی فرو رفته در گوشت، کشیدن ناخن، درمان خونریزی بینی شامل سوزاندن و تامپونمان، شکافتن آبسه کف دهان، شالازیون، بیوپسی، کوتر، انواع پاتولوژی، ناخنک چشم، بیرون آوردن جسم خارجی از گوش و بینی، تزریق در داخل مفاصل، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری (دارو، تخت اورژانس، تزریق، ویزیت و ...)، پانسمان و سایر خدمات مشابه
بدون سقف	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های آزمایش، رادیولوژی و فیزیوتراپی (لیزر فیزیوتراپی و ...)
بدون سقف	۳,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار (در زمان بستری) به سایر مراکز تشخیصی و درمانی طبق دستور پزشک معالج - داخل شهر
بدون سقف	۶,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار (در زمان بستری) به سایر مراکز تشخیصی و درمانی طبق دستور پزشک معالج - خارج شهر
بدون سقف	۱۹,۰۰۰,۰۰۰	پرداخت هزینه ویزیت تا سقف تعرفه های بخش خصوصی جاری پس از کسر سهم بیمه گر اول
بدون سقف	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	پرداخت فرانشیز داروهای در تعهد بیمه همگانی و ۸۰ درصد داخلی و خارجی و حق فنی، مکمل، ویتامینه و پوست و مو که در تعهد بیمه همگانی نبوده و توسط پزشک متخصص تجویز گردد.
۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	پرداخت هزینه های دندانپزشکی تا دو برابر تعرفه مصوب بیمه گر (یک نفر از اعضای خانواده می تواند از سقف تعیین شده دیگر اعضای خانواده استفاده نماید)
۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	پرداخت هزینه عینک و لنز طبی تماسی و انواع اورتز