

شرح	سقف تعهدات (ریال)
۱ جبران هزینه های پاراکلینیکی نوع اول : سونوگرافی - ماموگرافی - انواع اسکن و سی تی اسکن - انواع آندوسکوپی و کولونوسکوپی - ام ار آی - اکو - کاردیوگرافی - استرس اکو - دانسیومتری - انواع گرافی واسکن - جبران هزینه های پاراکلینیکی نوع دوم : تست آلرژی - تست نوارعصب - نوار مغز - نوار مثانه - شنوایی سنجی - بینایی سنجی - هولتر - EEG - نوار عضله (-PFT ورزش - تست تنفسی) اسپرومتری - پریمتری OCT مانیتورینگ قلب - آنژیوگرافی چشم	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲ جبران هزینه های پاراکلینیکی نوع سوم : اعمال مجاز سرپایی مانند شکسته بندی و دررفتگی - گچ گیری - بخیه - کرایوتراپی - اکسیژن لیپوم - تخلیه کیست - بیوپسی - لیزر درمانی	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۳ جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی - پاتولوژی یا آسیب شناسی - ژنتیک پزشکی - انواع رادیوگرافی - نوار قلب و فیزیوتراپی	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۴ جبران آمبولانس درون شهری و برون شهری به شرط بستری	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۵ پرداخت هزینه های ویزیت و دارو به شرح ذیل می باشد : تبصره ۱) مبلغ هر نوبت ویزیت براساس تعرفه نظام پزشکی . تبصره ۲) در صورت تغییر سقف تعرفه های ویزیت در سال جدید پرداخت خسارت با تعرفه های جدید صورت میگیرد. تبصره ۳) جبران هزینه های داروهای درمانی و محلول های پوست و مو ، داروهای مکمل و تقویتی و داروهای خارجی که مشابه داخلی دارد و توسط پزشک معالج تجویز شده باشد و مورد تایید وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی باشند بر اساس نرخ مصوب وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی باشند پس از تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشند .	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۶ جبران خدمات دندانپزشکی (درمانی ، ترمیمی ، همچنین جراحی های مربوط به کشیدن ، جرم گیری و پروساز ، ترمیم ، درمان ریشه ، روکش ، ایمپلنت ، ارتودنسی ، دندان مصنوعی ، پریو ، روت کانال تراپی ، پارسیل متحرک فلزی ، پارسیل متحرک اکریلیک بریج) برای هر نفر مطابق تعرفه های سندیکای بیمه گران ایران (به استثنای زیبایی) ، جراحی لثه	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۷ پرداخت هزینه سمک ، خرید اعضا مصنوعی ، اورتز ، واکر ، ویلچر ، کمربند طبی ، زانوبند طبی ، گردن بند طبی و لوازم ارتوپدی)	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۸ جبران هزینه عینک طبی و لنز تماس طبی برای هر نفر (هرسال)	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۹ جبران هزینه مربوط به عیوب انکساری چشم نظیر : لیزیک ، لازیک ، فیتو و PK در مواردی که در نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد (پرداخت هزینه های فوق منوط به تایید پزشک معتمد بیمه گر قبل از انجام عمل میباشد) تزریق آواستین برای هر چشم	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
حق بیمه ماهانه هر نفر (ریال)	۳,۵۵۰,۰۰۰

نکات مهم :

-مدت زمان این قرارداد یک سال از تاریخ ۱۴۰۳/۱۱/۱ لغایت ۱۴۰۴/۱۰/۳۰ می باشد.

-ثبت نام در این طرح کاملاً اختیاری است و بازنشستگان و وظیفه بگیران صندوق بازنشستگی کشوری استان هرمزگان به اتفاق تمامی اعضای خانواده که دارای بیمه تکمیلی هستند میتوانند در این طرح ثبت نام کنند.. همچنین متقاضیان جدید پوشش اکمل ، با مراجعه به شعبه شرکت آتیه سازان حافظ و کانونهای شهرستان در سطح استان میتوانند حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۴/۱/۳۱ درخواست خود را ثبت نمایند .

بیمه شدگانی که در قرارداد اکمل ۱۴۰۳-۱۴۰۲ تحت پوشش هستند به شکل خودکار تحت پوشش قرار خواهند گرفت و نیازی به ثبت نام مجدد ندارند و در صورت انصراف میتوانند حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۴/۱/۳۱ به شرط عدم دریافت هزینه در قرارداد جاری با مراجعه به شعبه شرکت آتیه سازان حافظ و کانونهای شهرستان در سطح استان درخواست انصراف خود را ثبت نمایند .