



طرح های بیمه درمان تکمیلی ویژه شرکت ها

جدول ۱- پوشش های پایه بیمه درمان تکمیلی (واحد ها به ریال است)

عنوان پوشش	شرح	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	طرح ۴
بستری، جراحی عمومی	هزینه های بستری، جراحی در مراکز جراحی محدود و DAY CARE	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
جراحی های تخصصی	هزینه های جراحی تخصصی شامل شیمی درمانی - رادیوتراپی - اعمال جراحی مرتبط با سرطان - مغز و اعصاب مرکزی و نخاع دیسک ستون فقرات - گامانایف قلب - پیوند ریه - پیوند کلیه - پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز	۲۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
زایمان	هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰
پاراکلینیکی ۱	انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰
پاراکلینیکی ۲	آندوسکوپی - خدمات تشخیص قلبی و عروقی شامل الکتروکاردیوگرافی، اکو کاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری PFT)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی، هدایت عصبی (EMG-NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم، اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰
جراحی های سرپایی	اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی ها، دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن یون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰
آزمایشگاهی	آزمایش های تشخیصی پزشکی: پاتولوژی، ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک، فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰
رفع عیوب انکساری دو چشم	لیزیک و 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 با جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
آمبولانس درون شهری	هزینه های آمبولانس مشروط به بستری شدن درون شهری	۲,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
آمبولانس برون شهری	هزینه های آمبولانس مشروط به بستری شدن برون شهری	۳,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
قیمت ماهانه (ریال) با فرانشیز ۱۰٪		۶۵۰,۰۰۰	۸۵۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۳۰۰,۰۰۰
قیمت ماهانه (ریال) با فرانشیز ۲۰٪		۵۸۵,۰۰۰	۷۶۵,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۱,۱۷۰,۰۰۰
قیمت ماهانه (ریال) با فرانشیز ۳۰٪		۵۲۰,۰۰۰	۶۸۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰	۱,۰۴۰,۰۰۰





جدول ۲- پوشش‌های اضافی (اختیاری) بیمه درمان تکمیلی (واحدها به ریال است)

عنوان پوشش	شرح	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	طرح ۴
ویزیت- دارو	هزینه ویزیت پزشکان عمومی، متخصص و فوق تخصص، فرانشیز دارو و ملزومات دارویی بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری، انواع تزریق-سرم درمانی	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
دندانپزشکی	هزینه‌های دندانپزشکی صرفاً محدود به کشیدن، جرم‌گیری، بروساژ، ترمیم، پر کردن، درمان ریشه و روکش با ارائه گرافی قبل و بعد از درمان	۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
قیمت ماهانه (ریال) با فرانشیز ۱۰٪		۴۲۰,۰۰۰	۶۲۰,۰۰۰	۷۲۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰
قیمت ماهانه (ریال) با فرانشیز ۲۰٪		۳۸۵,۰۰۰	۵۷۰,۰۰۰	۶۶۰,۰۰۰	۸۲۵,۰۰۰
قیمت ماهانه (ریال) با فرانشیز ۳۰٪		۳۵۰,۰۰۰	۵۲۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰

جدول ۳- پوشش عینک (اختیاری) بیمه درمان تکمیلی (واحدها به ریال است)

عنوان پوشش	شرح	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	طرح ۴
عینک و لنز طبی	جبران هزینه عینک و لنز طبی	۳,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
قیمت ماهانه (ریال) با فرانشیز ۱۰٪		۷۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰
قیمت ماهانه (ریال) با فرانشیز ۲۰٪		۶۳,۰۰۰	۹۰,۰۰۰	۱۳۵,۰۰۰	۱۶۲,۰۰۰
قیمت ماهانه (ریال) با فرانشیز ۳۰٪		۵۶,۰۰۰	۸۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰	۱۴۴,۰۰۰

- قابل استفاده برای کلیه شرکت‌های با تعداد بیمه شدگان بالای ۲۰ نفر (با احتساب افراد زیر مجموعه)
- امکان انتخاب هر طرح پایه به همراه پوشش اضافی همان طرح و یا طرح‌های با شماره پایین تر و همچنین طرح عینک دلخواه (به صورت اختیاری)
- امکان بررسی اولیه مدارک در اپلیکیشن درمون جهت رفع نواقص احتمالی
- جمع‌آوری کامل مدارک خسارت توسط نماینده ۴۲۲۸ و واریز خسارت‌ها در ۷ روز کاری
- امکان استفاده از ۳۰۰۰ مرکز طرف قرارداد بیمه تعاون
- روش‌های پرداخت حق بیمه:

- ۱۰٪ حق بیمه به صورت نقدی ابتدای قرارداد پرداخت می‌شود و مابقی طی ۸ قسط ۸ ماهه
- ۲۰٪ حق بیمه به صورت نقدی ابتدای قرارداد پرداخت می‌شود و مابقی طی ۹ قسط ۹ ماهه

