

ردیف	تعهدات	مبلغ تعهدات
۱	هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپایی)، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Daycare، تبصره: اعمال جراحی Daycare به جراحی های اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد. هزینه افراد همراه زیر ۷ سال و بالای ۷۰ سال در بیمارستان ها به جز زایمان	(ریال) ۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	هزینه اعمال جراحی اصلی، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند کبد، پیوند مغز استخوان و جراحی سرطان (با احتساب بند ۱)	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	پاراکلینیکی گروه اول شامل: جبران هزینه های پاراکلینیکی گروه اول شامل انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی، عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ) دانسیتومتری	۱۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۵	پاراکلینیکی گروه دوم شامل انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیص قلبی و عروقی (شامل انواع الکتروکاردیوگرافی) انواع اکو کاردیوگرافی، انواع مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز، بیسمیکر EECF، تبلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری، هدایت عصبی، PFT، NCV، EMG، EEG، خدمات تشخیص بورو دینامیک (نوار متانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپنومتری، پریمتری، بیومتری، پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT)	
۶	هزینه انواع خدمات آزمایش های تشخیص پزشکی (به استثناء چکاپ) شامل: آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی، ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک، فیزیوتراپی (PT)، کایروپراکتیک، پاپ اسمیر	
۷	هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	
۸	جراحی های مجاز سرپایی شامل: شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم)	۱۰/۰۰۰/۰۰۰
۹	هزینه های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفا مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانسی در موارد غیر بستری	۱۵/۰۰۰/۰۰۰
۱۰	جبران هزینه های مربوط به خدمات دندانپزشکی شامل (پر کردن، کشیدن، جرم گیری، بروساژ، ترمیم، درمان ریشه و روکش، جراحی لثه)، ایمپلنت، ارتودنسی (جهت افراد زیر ۱۸ سال)	۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۱	هزینه های جبران مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماس طبی	۵/۰۰۰/۰۰۰
۱۲	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری هر دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه دروینی نزدیک بینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد	۶۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۳	هزینه های آمبولانس	۱/۰۰۰/۰۰۰
	درون شهری: برون شهری:	۲/۰۰۰/۰۰۰
حق بیمه درمان گروهی با احتساب مالیات بر ارزش افزوده، ماهانه به ازای هر نفر: ۲/۰۵۰/۰۰۰ ریال ماهانه		

- ارسال لیست تامین اجتماعی جهت صدور قرارداد الزامی می باشد.

- حداقل ۷۰٪ کل کارکنان مطابق با لیست تامین اجتماعی می بایست تحت پوشش قرار گیرند.

- میزان فرانشیز کلیه هزینه های درمانی در صورت استفاده از دفترچه بیمه گر اول صفر و در صورت عدم استفاده ۳۰٪ خواهد بود.

توضیحات: - برای هزینه های زایمان ۹ ماه و عمل جراحی ۳ ماه دوره انتظار محاسبه می شود. (دوره انتظار شامل افراد جدیدی که در لیست وارد میشوند می باشد)

- فاکتور هزینه های بیمه تکمیلی تا ۳ ماه اعتبار دارد.

- متقاضیانی که صاحب پروانه کسب، مجوز فعالیت، یا کارت مباشر می باشند و یا نام آنها در لیست بیمه شرکت یا فروشگاه قرار داشته باشد امکان ثبت نام در بیمه

تکمیلی را دارند و به عنوان بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت.

- بیمه شده اصلی میتواند افراد تحت تکفل (شامل همسر، فرزند و والدین) خود را بیمه نمایند.

- حق بیمه جهت هر یک از بیمه شدگان از سن ۶۰ تا ۷۰ سال با حق بیمه ۱/۵ برابر بیمه شدگان تا سن ۶۰ سال و جهت سن ۷۰ تا ۸۰ سال با دو برابر

حق بیمه، بیمه شدگان تا سن ۶۰ سال قابل ارائه می باشد.

- پس از تکمیل فایل اکسل پیوست شده لطفا روی دیسک CD رایت و به همراه یک نسخه پرینت فایل اکسل و کپی آخرین لیست بیمه کارکنان، کارت ملی

بیمه شدگان به دبیرخانه نصر خراسان رضوی تحویل دهید.

جهت کسب اطلاعات بیشتر به آدرس: بلوار خیام- بین چهار راه خیام و چهار راه ارشاد (بین خیام ۳۱ و ۳۱/۱) ساختمان پارک فناوری اطلاعات- طبقه هفتم مراجعه

و یا با تلفن های ۳۷۶۷۵۰۸۱ و ۳۷۶۷۵۰۸۲ تماس حاصل فرمایید.