

### جدول پوشش بیمه ای، میزان تعهدات و فرانشیز

ردیف	شرح پوشش بیمه ای	طرح یک	طرح دو	طرح سه	فرانشیز
۱	جبران هزینه بستری، جراحی، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مرکز جراحی محدود و Day Care. هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد. هزینه آمبولاتی و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۷۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	٪۲۰
۲	جبران هزینه های مربوط به شیمی درمانی، رادیو تراپی، اعمال جراحی تخصصی سرطان مغز و اعصاب مرکزی و نخاع دیسک ستون فقرات، گامانایف، قلب (عمل قلب باز) پیوند (ریه، کبد، کلیه و مغز استخوان) (با احتساب ردیف ۱)	۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱/۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	٪۲۰
۳	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	٪۲۰
۴	جبران هزینه های نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI, ZIFT, GIFT میکرو انجکشن و IVF، انتقال جنین	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	٪۲۰
۵	جبران هزینه های پاراکلینیکی شامل انواع: سونوگرافی (به استثناء سونو سلامت جنین)، ماموگرافی، اسکن، ام ار ای، دانسیتومتری، نمونه برداری و آمینو سنتز تحت هدایت رادیو لوژی، OCT چشم، رادیوگرافی و رادیوگرافی دندان، آنژیوگرافی چشم، فیزیوتراپی (PT) گفتار درمانی (ST) کار درمانی (OT)	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	٪۲۰
۶	جبران هزینه های مربوط به انواع: تستها شامل ( ورزش، آلرژی تنفسی، شنوایی سنجی و بینایی سنجی)، انواع نوارنگاری (عضله عصب، مغز و مئانه)، هولتر مانیترینگ قلب، آندوسکوپی، اکو کاردیوگرافی استرس، اکو آنالیز بیس میکرو، EMG, VCV,EECP,PFT,EEG جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل: آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، تست آلرژیک	۲۵/۰۰۰/۰۰۰	۳۵/۰۰۰/۰۰۰	۵۵/۰۰۰/۰۰۰	٪۲۰
۷	جبران هزینه جراحی های مجاز سرپانی (دارای که جراحی مجاز جهت انجام در مطب) مانند شکسته بندی، گچ گیری به همراه مواد مصرفی، آتل بندی، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست، لیزر درمانی ضایعات تزریق داخل چشم یا مفصل	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	٪۲۰
۸	جبران هزینه های دندانپزشکی بر اساس تعرفه خدمات دندانپزشکی که سندیکای بیمه گر ایران با هماهنگی شرکتهای بیمه تنظیم و به شرکتهای بیمه ابلاغ می نمایند. شامل: ویزیت کشیدن دندان، جراحی های دندان، عصب کشی، جرمگیری و پروساز، ترمیم های دندانی، درمان ریشه، درمان مجدد ریشه، پر کردن، جراحی لثه و پروتزهای ثابت و متحرک با ایمپلنت و دندان مصنوعی	۱۷/۰۰۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	٪۲۰
۹	جبران هزینه های ویزیت و دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول و خدمات اورژانس غیر بستری	۸/۰۰۰/۰۰۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	٪۲۰
۱۰	جبران هزینه رفع عیوب انکساری چشم، در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد (برای هر دو چشم)	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۸۰/۰۰۰/۰۰۰	٪۲۰
۱۱	جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماس طبی برای ۵ دیوپترو یا بیشتر فقط با تایید پزشک متخصص چشم با اینو متریبست معتمد بیمه	۵/۰۰۰/۰۰۰	۹/۰۰۰/۰۰۰	۲۵/۰۰۰/۰۰۰	٪۲۰
۱۲	جبران هزینه انتقال بیمار با آمبولانس در موارد اورژانس داخل شهرها و بین شهرها	۴/۰۰۰/۰۰۰	۴/۰۰۰/۰۰۰	۴/۰۰۰/۰۰۰	٪۲۰
۱۳	سمعک	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	٪۲۰
	قیمت حق بیمه ماهانه هر نفر با مالیات بر ارزش افزوده (ریال)	۲۱۵۰۰۰۰ ریال	۳۱۵۰۰۰۰ ریال	۵۵۰۰۰۰۰ ریال	

## فرم ثبت نام بیمه تکمیل درمان پاسارگاد

ردیف	کد ملی	نام و نام خانوادگی	نام پدر	نسبت	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	بیمه پایه	شماره حساب ملی	شماره شبا	تلفن همراه
۱				بیمه شده اصلی						
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										

اینجانب متقاضی طرح شماره ..... بیمه تکمیل درمان می باشم و به دانشگاه علوم پزشکی جهرم اختیار کامل می دهم و مکلف می نمایم که مبلغ ..... ریال ماهیانه از حقوق اینجانب کسر و به حساب شماره..... نزد ..... واریز نماید.

**نام و نام خانوادگی:**

**امضاء:**

ضمناً مبلغ طرح ها با (مالیات بر ارزش افزوده) بابت هر نفر به شرح ذیل می باشد:

**طرح شماره سه: ۵/۵۰۰/۰۰۰ ریال**

**طرح شماره دو: ۳/۱۵۰/۰۰۰ ریال**

**طرح شماره یک: ۲/۱۵۰/۰۰۰ ریال**