فرم ب – بیمه تکمیلی :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ردیف | نوع تعهدات | سقف تعهدات ( ریال ) |
| 1 | **اعمال جراحی عمومی شامل : بستری و جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود DAY CARE ( با بیشتر از 6 ساعت بستری ) ، انژیوگرافی قلب ، شیمی درمانی و انواع سنگ شکن**  | **000/000/30** |
| 2 | **تامین هزینه های بیمارستانی ( اعمال جراحی خاص ) شامل اعمال جراحی مغز و اعصاب ( به استثنای دیسک ستون فقرات ) ، قلب ، پیوند کلیه و مغز استخوان ، پیوند کبد و ریه**  | **000/000/50** |
| 3 | **خدمات پاراکلینیکی 1شامل : سونوگرافی ، ماموگرافی ، رادیوتراپی ، انواع اسکن و سی تی اسکن ، دانسیتومتری ، انواع آندوسکپی ، رکتوسکپی ، آنوسکوپی ، سیگموئیدسکوبی ، گاستروسکوبی ، سی تی آنژیوگرافی ، ام ارآی ، اکوکاردیوگرافی و مشاوره روان درمانی**  | **000/000/5** |
| 4 | **خدمات پاراکلینیکی 2 شامل : تست ورزش ، نوارعضله و عصب ، نوارمغز ، آنژیوگرافی چشم ، تست تنفسی ، تست آلرژی ، شنوایی سنجی ، بینایی سنجی ، هولترمانیتورینگ قلب** | **000/000/3** |
| 5 | **خدمات پاراکلینیکی 3 شامل : اعمال مجاز سرپایی ( مانند شکستگیها و دررفتگیها ، گچگیری ، بخیه ، تخلیه چشم ، تخلیه کیست ، رادیو تراپی ، کرایوترلپی و اکسیژیون لیبوم ، آنژیوگرافی چشم و لیزر درمانی ( در موارد غیر زیبایی )** | **000/000/3** |
| 6 | **جبران هزینه های آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص طبی ، پاتولوژی یا آسیب شناسی ، ژنتیک پزشکی ، نوار قلب و فیزیوتراپی** | **000/000/2** |
| 7 | **جبران هزینه های زایمان طبیعی و سزارین** | **000/000/15** |
| 8 | **تامین هزینه های آمبولانس در داخل شهر** | **000/800** |
| 9 | **تامین هزینه های آمبولانس در خارج شهر** | **000/300/1** |
| 10 | **لیزیک دو چشم** | **000/000/6** |
| 11 | **عینک و لنز** | **000/600** |
| حق بیمه ماهانه پیشنهادی به ازاء هر نفر : | 010/206 |
|  |  |