



طرح پیشنهادی جهت ارائه به انجمن آزمایشگاههای سراسر کشور
نماینده محترم رومی کد ۳۱۳

ردیف	تعهدات بیمه گر	سقف تعهدات طرح
۱	جبران هزینه های بستری ، جراحی و اعمال جراحی Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد	۱/۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	جبران هزینه های شیمی درمانی ، رادیوتراپی و اعمال جراحی مرتبط با سرطان ، قلب ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک و ستون فقرات ، گامانایف ، پیوند کلیه ، پیوند کبد ، پیوند ریه ، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز	۲/۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۴	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل : انواع رادیوگرافی ، آنژیوگرافی عروق محیطی ، آنژیوگرافی چشم ، سونوگرافی ، ماموگرافی ، انواع اسکن ، ام آر ای ، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ) ، دانسیتومتری	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۵	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل : انواع آندوسکوپی ، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی (شامل انواع الکتروکاردیوگرافی ، انواع اکوکاردیوگرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز پیس میکر ، EECF ، تیلت تست) خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT) ، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (NCV ، EMG) ، الکتروانسفالوگرافی (EEG) ، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) ، خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی چشم مانند اپتومتری ، پریمتری ، بیومتری و پنتاکم ، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)	۶۰/۰۰۰/۰۰۰
۶	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه سوم شامل : انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (پاتولوژی و ژنتیک پزشکی ، تست هایب الرژیک)	۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۷	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه چهارم شامل : تست های غربالگری جنین (مارکهای جنینی و آزمایشات زنتیک جنین)	۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۸	جبران هزینه های پاراکلینیکی گروه پنج شامل : فیزیوتراپی (PT) ، گفتار درمانی (ST) ، کاردرمانی (OT)	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۹	جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی ، گچ گیری ، ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی ، باکسیژن لیپوم ، بیوپسی ، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۳۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۰	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماس طبی یا تجویز چشم پزشکی و یا اپتومتریست	۲/۰۰۰/۰۰۰
۱۱	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن به میزان تعهد پوشش های اصلی	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۲	هزینه تهیه اروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد	۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۳	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دوربینی ، استیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد . (دو چشم)	۴۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۴	هزینه آمبولاس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	۳/۰۰۰/۰۰۰
	هزینه آمبولاس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	۶/۰۰۰/۰۰۰
حق بیمه ماهانه هر نفر با افزایش ۱۰٪ در کلیه تعهدات (ریال)		۷,۵۰۰,۰۰۰

تایید مدیر عامل
۹۷۰۱۰۳۱۰۵

۸/۷-سری ۳۹۹-۹۸/۶-۲۰۰۰۰۰۰۰ برگ

۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱
۶۶۷۰۹۰۴۱-۶
۸۸۷۹۲۹۹۷
۶۶۷۲۶۳۴۸

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان ۱۵، پلاک ۲ - کدپستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷
ساختمان اداری و مالی: تهران، خیابان انقلاب، پلاک ۸۳۲ - کدپستی ۱۱۳۱۸۵۶۱۱۱



- ۱- پرداخت خسارت تعهدات با اعمال تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی کشور صورت خواهد پذیرفت .
- ۲- آزمایشگاه متقاضی پوشش می بایستی لیست تامین اجتماعی به همراه اعضای خانواده به انجمن آزمایشگاه اعلام نماید .
- ۳- تعداد بیش از ۵۰ درصد از جمعیت متقاضی مطابق لیست تامین اجتماعی پوشش اخذ نمایند .
- ۴- انجمن صنفی متعهد به پرداخت حق بیمه بیمه شدگان نماید.
- ۵- نرخ های فوق به مدت ۳۰ روز معتبر می باشد .
- ۶- فرآیند انجام بدین گونه باشد آزمایشگاههایی که متقاضی پوشش در فاز اول هستند باید درخواست خود را به همراه لیست تامین اجتماعی و مطابق لیست تعداد متقاضی پوشش درمان را به همراه اعضای تحت تکفل تحویل انجمن داده بطوریکه بیش از ۵۰ درصد آن پوشش اخذ نمایند راستی آزمایی آن بعهدہ شعبه و صدور قرارداد هم توسط شعبه صورت پذیرد .
- ۷- حداکثر سن پوشش بیمه شدگن در طرح فوق ۸۰ سال می باشد . ۲۳۴.

شعبه آزادی

مریم سنگسری

حسین امیر احمدی چماچار