

## نمایندگی رومی کد ۳۱۳ شرکت بیمه دانا

احتراماً بدینوسیله نرخ و شرایط پوشش بیمه‌ای مورد تقاضا برای ارائه به اعضاء، کارکنان و خانواده های محترم انجمن دکترای علوم آزمایشگاهی ایران (سراسر کشور)

ردیف	نوع تعهدات	تعهدات طرح برای هر نفر (ریال)
۱	جبران هزینه‌های 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.	۱/۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی و اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب سرگزی 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 های پاراکلینیکی گروه اول شامل: انواع گرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، 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 (EMG، NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار منانه)، خدمات تشخیصی و پروتزگی 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 زنتیک پزشکی، تست های آلرژیک)	۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۷	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه چهارم شامل: تست های غربالگری جنین (مارک های 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 معازسریائی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۳۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۰	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.	۴۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۱	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماس طبی یا تجویز چشم پزشکی یا اپتومتریست	۲/۰۰۰/۰۰۰
۱۲	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن به میزان تعهد پوشش های اصلی	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۳	هزینه تهیه ارتوز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد.	۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۴	هزینه آمبولانس 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	داخل شهری
		بین شهری
۱۵	حق بیمه ماهانه (درمان) برای هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ در کلیه موارد	۵/۳۰۰/۰۰۰
۱۶	حق بیمه ماهانه برای هر نفر (عمر و حوادث گروهی و نقص عضو با سرمایه ۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال)	۵۰۰/۰۰۰

\* حذف دوره انتظار برای بیماری های مزمن (دوره انتظار: مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر هیچگونه تعهدی به جبران خسارت ندارد.)

\* حق بیمه برای تمامی افراد خانواده یکسان میباشد.

\* ارائه لیست تامین اجتماعی برای پرسنل آزمایشگاه ها الزامی میباشد.

\* برای کسب اطلاعات بیشتر و ثبت نام با شماره های ذیل تماس حاصل فرمایید:

خانم رومی: ۰۲۶۹۱۰۱۱۳۴۰

خانم نقی زاده: ۰۹۳۳۵۸۵۲۶۲۸