

سقف پوشش بیمه تکمیل درمان دانشکده علوم پزشکی نیشابور - سال ۱۴۰۰ - ۱۴۰۱ (بیمه سینا)

ردیف	شرح	تعهدات طرح پایه	تعهدات طرح (۱) نقره ای	تعهدات طرح (۲) طلایی	فرانشیز در هر طرح
۱-۴-۱	جبران هزینه های بستری (تشخیصی، درمان طبی، جراحی) در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و انواع سنگ شکن، آئزویوگرافی عروق قلب و یا سایر اعضای بدن، لیزر تراپی ته چشم (سریایی، بستری)	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰	٪۸۰
۱-۴-۲	اعمال جراحی تخصصی و فوق تخصصی و بیماری های خاص شامل: جراحی قلب و عروق، مغز و اعصاب، نخاع، پیوند کلیه و پیوند کبد، پیوند ریه، پیوند مغز استخوان (داروهای پیوندی و سایر خدمات)، جراحی ستون فقرات (جراحی دیسک)، گامانایف، جراحی فوق تخصصی ارتوپدی و بیماریهای خاص (شامل: تالاسمی، هموفیلی، دیالیز، IMS و انواع سرطان، داروهای تخصصی مربوط به شیمی درمانی و عوارض آن در مراکز درمانی و داخل مطب به صورت سریایی یا بستری شامل کلیه هزینه ها (دارو و سایر خدمات)؛	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	٪۸۰
۱-۴-۳	پوشش هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط ZIFT، ITSC، IUI، GIFT، میکرو و اینجکشن و IVF، زایمان و سزارین و کورتاژ قانونی	پوشش ندارد	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	٪۸۰
۱-۴-۴	هزینه های پاراکلینیک شامل: سونوگرافی، ماموگرافی، رادیوتراپی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی، کولونوسکوپی، MRI، اکوکاردیوگرافی، اسپیرومتري، استرس اکو، دانستيو متري	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	٪۸۰
۱-۴-۵	هزینه های پاراکلینیک شامل: تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مئانه، آئزویوگرافی و رادیوگرافی چشم، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ، خدمات کاردرمانی و گفتاردرمانی	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	٪۸۰
۱-۴-۶	هزینه های پاراکلینیک شامل: شکستگی ها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به جز زیبایی)، خدمات اورژانس و خدمات day care بیمارستان، توبوگرافی، انواع بیوپسی و انواع تزریقات	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	٪۸۰
۱-۴-۷	انواع رادیوگرافی، انواع فیزیوتراپی، آزمایشات تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، نوار قلب، پاپ اسمیر	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	٪۸۰
۱-۴-۸	هزینه انتقال بیمار با آمبولانس داخل شهر	۱,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	٪۸۰
۱-۴-۸	هزینه انتقال بیمار با آمبولانس خارج شهر	۱,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	٪۸۰
۱-۴-۹	عینک طبی - لنز تماس طبی	پوشش ندارد	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰ (هم پوشانی خانواده)	٪۸۰
۱-۴-۱۰	لیزیک چشم ها (یک چشم یا هر دو) با حداقل ۳ دیوپتر	پوشش ندارد	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	٪۸۰
۱-۴-۱۱	ایمپلنت، ارتودنسی و کلیه خدمات دندانپزشکی ۲۰ درصد بیش از تعرفه مصوب وزارت بهداشت در کلیه بخش های (دولتی-غیر دولتی-خیریه و خصوصی)	پوشش ندارد	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰ (هم پوشانی خانواده)	٪۸۰
۱-۴-۱۲	هزینه دارو، ویزیت کلیه کارشناسان دارای مجوز و پزشکان (عمومی، تخصصی، روانپزشکی، فوق تخصصی) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰ (هم پوشانی خانواده)	٪۸۰
مبلغ حق بیمه به ازای هر نفر در هر ماه		۶۱۲,۰۰۰ ریال	۱,۱۴۰,۰۰۰ ریال	۲,۱۶۰,۰۰۰ ریال	

*** هم پوشانی خانواده به این مفهوم است که در صورت پر نشدن سقف تعهدات هر کدام از اعضای خانواده، دیگر اعضای خانواده بیمه شده اصلی بتوانند تا سقف مجموع تعهدات خانواده استفاده نمایند. به طور مثال سقف تعهدات دندانپزشکی در طرح طلایی برای یک خانواده سه نفر ۱۰۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد.