**سقف تعهدات بيمه تكميلي 1397 طرف قراردادشركت بيمه سينا**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **رديف** | **شـــــرح** | **سقف تعهدات** |
| 1 | حداكثر سقف تعهدات ساليانه هزينه هاي بستري جراحي كمتروبيشتراز6 ساعت (عمومي و تخصصي) در بيمارستان و مراكز جراحي محدود، انواع سنگ شكن ، آنژيوگرافي قلب، جراحي ديسك، ستون فقرات ، لاپاراسكوپي، ليزرتراپي ته چشم (سرپايي و بستري) براي هر نفر (كليه مراكز درماني دولتي،خصوصي و خيريه)تا مبلغ | 000/000/50 ريال |
| 2 | حداكثر سقف تعهدات ساليانه براي اعمال جراحي فوق تخصصي شامل: مغز و اعصاب، قلب و عروق،گامانايف، پيوند قرنيه، پيوند ريه، پيوند كبد و كليه و پيوند مغز استخوان،جراحي فك و صورت،جراحي پلاستيك براثربروزحادثه، انواع بيماريهاي خاص، شيمي درماني، داروهاي مربوط به شيمي درماني، عوارض وبيماريهاي مستقيم وغير مستقيم ناشي ازشيمي درماني و عوارض آن در مراكز درماني و داخل مطب به صورت سرپايي و بستري براي هر نفر (كليه مراكز درماني دولتي،خصوصي و خيريه)تا مبلغ  | 000/000/100 ريال |
| 3 | حداكثر سقف تعهدات ساليانه هزينه زايمان اعم از طبيعي و سزارين و كورتاژ تشخيصي درماني و نازايي (كليه مراكز درماني دولتي،خصوصي و خيريه)تا مبلغ | 000/000/20 ريال |
| 4 | حداكثر سقف تعهدات ساليانه پاراكلينيك شامل: خدمات تشخيصي، آزمايشات ژنتيك و پاتولوژي ، وغربالگري،سونوگرافي وسونوگرافي داخل مطب و ساير مراكز، راديوتراپي، MRI، انواع اسكن، CT آنژيوگرافي سه بعدي،گرافي پانوركس ،انواع اندوسكوپي، سيتوسكوپي، اسپيومتري ، ركتوسكوپي، ماموگرافي،راديوگرافي دندان، اكوكارديوگرافي، راديولوژي، فيزيوتراپي باتزريق وليزر، تست ورزش، نوارعضله، نوار عصب، نوار مغز،نوار مثانه، سنجش تراكم استخوان،هولترمانيتورينگ قلب، نوار قلب، وبازتواني قلب ،آنژيوگرافي چشم، تست آلرژي، سمعك، تست شنوايي سنجي، بينايي سنجي، تست تنفسي، جرم گيري گوش،گفتار درمانی،كار درماني، پرتو درماني و مشاوره روانشناسي از هر نوع براي هر نفر(كليه مراكز درماني دولتي،خصوصي و خيريه) تا مبلغ  | 000/000/14 ريال |
| 5 | هزينه هاي مربوط به درمان مجاز سرپايي مانند شكستي ها و دررفتگي ها، گچ گيري، ختنه، تزريقات، پانسمانهاي معمولي و بيولوژيكي(كامفيلد)،بيوپسي ، بخيه،كرايو تراپي،پاپ اسمير، تخليه كيست،دانسيتومتري، اكسيزيون ليپوم(ضايعات بدني و تومور)، آنژيوگرافي چشم و ليزر درماني براي هر نفر(كليه مراكز درماني دولتي،خصوصي و خيريه) تا مبلغ | 000/500/2 ريال |
| 6 | جبران هزينه هاي ليزيك (رفع عيوب انكساري چشم) به ميزان3 ديوپتر يا بيشتر با تاييد قبلي پزشك بيمه گر براي هر چشم000/000/6 ريال وبراي هرنفر(كليه مراكز درماني دولتي،خصوصي و خيريه)تامبلغ | 000/000/12 ريال |
| 7 | انتقال بيمار با آمبولانس در موارد بين شهري و داخل شهري در سال براي هر نفر(كليه مراكز درماني دولتي،خصوصي و خيريه) تا مبلغ  | 000/000/1 ريال |
| 8 | هزينه عينك و لنز براي هر نفر(كليه مراكز درماني دولتي،خصوصي و خيريه) تا مبلغ | 000/800 ريال |
| 9 | ويزيت و دارو(بر اساس فهرست داروهاي مجاز كشور صرفا مازاد بر سهم بيمه گر اول) براي هر نفر(كليه مراكز درماني دولتي،خصوصي و خيريه)تا مبلغ | 000/000/2 ريال |

اجرايي شدن طرح با دارو و ويزيت در صورتي انجام مي پذيرد كه تعداد پرسنل متقاضي و افراد تحت پوشش حداقل به 500 نفر برسد؛ در غير اين صورت كليه ثبت نام شدگان **مشمول طرح بدون دارو و ويزيت** تلقي خواهند شد.

|  |  |
| --- | --- |
| طرح بدون دارو و ويزيت | مبلغ هر نفر 288،000ريال |
| طرح با دارو و ويزيت | مبلغ هر نفر360،000 ريال |