

فرم ثبت نام بیمه تکمیل درمان سال ۱۴۰۴-۱۴۰۵

تاریخ

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	ش ش	شماره ملی	محل تولد	شماره عضویت	تاریخ تولد	سن	نسبت	تکفل (بله یا خیر)
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											

تلفن همراه: تلفن ثابت: شماره پرسنلی (ویژه کارمندان سازمان):

نشانی:

شماره شبا بیمه شده اصلی: بانک:

۵۰٪ حق بیمه به مبلغ ۵۸,۲۰۰,۰۰۰ ریال (برای هر نفر) طی فیش واریزی به شماره: به شماره حساب ۲۲۹۱۵۶۰۱۱۶ نزد بانک تجارت شعبه: به تاریخ: واریز گردید.

۵۰٪ حق بیمه به مبلغ ۵۸,۲۰۰,۰۰۰ ریال (برای هر نفر) طی ثبت چک صیاد به تاریخ ۱۴۰۴/۱۱/۱۵ به نام سازمان نظام مهندسی ساختمان استان کرمان با شناسه ملی ۱۴۰۱۰۰۰۳۸۹۲ تحویل گردید.

مدارک لازم: کپی کارت عضویت، کارت ملی و شناسنامه همه افراد

سال قبل بیمه تکمیل درمان بوده ام. بلی خیر نام شرکت بیمه: تمام مدارک بالا مورد تایید است. امضا

« جدول تعهدات »

سقف تعهدات برای هر نفر (ریال)	شرح تعهدات	
۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	<p>جبران هزینه های بستری ، جراحی و اعمال جراحی Care Day در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود، آنژیوگرافی قلب ، انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود، کورتاژ تشخیصی ، تزریق ماده فارماکولوژیک داخل ویتره مانند (آوستین، لوستنیتس، آلیا و سایر موارد مشابه Cross ، UVX (Linking) ، TTT، هزینه بستری در بخش مراقبت های ویژه نظیر ICU، RF،CCU، نقاط مختلف بدن و سوزن آن و همچنین استفاده از RF از طریق آندوسکوپ، ERCP به تنهایی ویا توام با استنت گذاری، جراحی فک (مشروط به جراحی بلعت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش میباشد) ، هزینه پروتز حین عمل جراحی ، دارو و تجهیزات مصرفی در حین عمل جراحی ، بیماریهای نوروپاتی، تزریق BCG، IVIG، آنژیوگرافی مغز</p> <p>- جبران هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان در هر شرایط و سنی</p> <p>* (Care Day) : به اعمال جراحی اطلاق میشود که به مراقبت کمتر از یک شبانه روز نیاز باشد)</p>	۱
۲/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	<p>جبران انواع هزینه های شیمی درمانی(بستری و سرپایی) ، انواع پرتو درمانی ، ایمونوتراپی ، رادیوتراپی(خارجی ، داخلی ، سیستمیک) و هورمون درمانی 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 مغزاستخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز ، انواع هزینه های دارویی و بستری و جراحی بیماری MS، تالاسمی ماژور، هموفیلی، دیالیزی مزمن، پارکینسون، آلزایمر، انواع هیپاتیت، بیماریهای ضعف عصب وعضله (از جمله ALS، MLS، پلی میوزیت، دوشن و ...) ، بیماریهای خودایمنی (از جمله آرتریت روماتوئید، لوپوس، پمفیگوس و ...) ، بیماری پسروریاژیس (طبق تعریف وزارت بهداشت) ، هزینه های دارویی خوراکی بیماران سرطان، هزینه های بستری و دارویی اعم از مصرفی و خوراکی و تزریقی و اعمال جراحی بیماریهای خاص و صعب العلاج، پیوند قرنیه چشم، هزینه های تزریق مرتبط با بیماری سرطان (در مطب یا بیمارستان)</p>	۲
۳۵۰/۰۰۰/۰۰۰	<p>جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین و کورتاژ تخلیه ای (قانونی با تجویز پزشک معالج)</p>	۳
۳۵۰/۰۰۰/۰۰۰	<p>جبران هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط IUI ، IVF، میکرو اینجکشن و هزینه فریز جنین</p>	۴
۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	<p>جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن</p>	۵
	<p>جبران هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل : انواع رادیوگرافی ، آنژیوگرافی عروق محیطی ، آنژیوگرافی چشم ، سونوگرافی،(سونوگرافی در مطب قابل پرداخت نیست) ماموگرافی ، انواع اسکن ، ام آرآی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری ، فوندوسکوپی، کاندواسکن، ارب اسکن، برونکوگرافی، پت اسکن ، Anthography استوگرافی، فلوروسکوپی، آندوسونوگرافی، سنجش تراکم استخوان، OCT، ECC، UBM، HTR، EOG، ERG، پلتیسموگرافی، فیبرواسکن کبد، NST، IVP، فنتوگرافی جهت هزینه دندانپزشکی.</p>	۶
۲/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	<p>جبران هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل : انواع آندوسکوپی ، کولونوسکوپی ، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی(شامل انواع الکتروکاردیوگرافی ، انواع اکوکاردیوگرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز پیس میکر ، EECp، تیلت تست (خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی(EMG،NCV) الکتروانسفالوگرافی (EEG) خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) ، خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی چشم مانند اپتومتری ، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی(انواع ادیومتری)، Polysomnography ، تست خواب، هزینه سیستموسکوپی و رکتوسکوپی ، فالن تست، تمپانومتری، تست استرس ، اکو مری TEE ، توپوگرافی ، پاکیمتری، Iol،متاکولین تست ، PDT ، EVOK، GDX، ABR، DLCO، UBT، رینومانومتری، باکس بادی ، master Mapping Brain، ICG، مانومتری، نوار چشم، پروگرامینگ ، بررسی عصب بینایی و شنوایی ، ارگواسپیرومتری، سیستمومتری، سیستموگرام، پالس اکسیمتری ، الکتروشوک درمانی</p>	۷
	<p>جبران هزینه پاراکلینیکی گروه سوم شامل : انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (پاتولوژی و ژنتیک پزشکی ، تست های آلرژیک) ، تومور مارکرها، میکروب شناسی ، سیتوپاتولوژی، گلوبال خدمات ژنتیک ، تست قند ، آسیب شناسی</p>	۸
	<p>جبران هزینه پاراکلینیکی گروه چهارم شامل : تست های غربالگری جنین (مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین) تشخیص پیش از تولد بیماری های ژنتیک ، تست غربالگری</p>	۹
	<p>جبران هزینه های پاراکلینیکی گروه پنج شامل : فیزیوتراپی(PT) و انواع آن ، گفتار درمانی(ST) ، کاردمانی(OT) ، بیوفیدبک، نوروفیدبک، کایروپراکتیک، لیزر فیزیوتراپی، مگنت تراپی، طب فیزیکی، شاک ویو تراپی Shock Wave، جبران هزینه بستری جهت درمان بیماری روانپریشی (به جز هزینه نگهداری بیماران روانپریش)</p>	۱۰

۳۵/۰۰۰/۰۰۰	۱۱	<p>جبران هزینه های اعمال مجازسرپائی مانند شکستگی و در رفتگی ، گچ گیری ، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی ، تخلیه کیست و لیزردرمانی (فهرست اعمال غیر مجاز در مطب پیوست ۱ می باشد) بازکردن گچ، کشیدن بخیه، بیوپسی سوزنی، سایر موارد مشابه که مندرج در کتاب تعرفه و اعلام شده به سازمانهای بیمه گر توسط دبیرخانه شورایعالی بیمه سلامت ، کشیدن ناخن، خارج کردن جسم خارجی از بدن، خارج کردن جسم خارجی از چشم و گوش، برداشتن زگیل، شالازیون و ناخنک چشم، درمان خونریزی شامل سوزاندن و تامیونمان، شکافتن آسه دهان، آتل گذاری، اکسیژون جسم خارجی، اکسیژون تومورهای خوش خیم، اکسیژون و برداشتن میخچه، شستشوی معده، برداشتن خال(چنانچه جنبه درمانی داشته باشد، با تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت میباشد.)، لیزرتراپی چشم (نظیر ضایعات شبکیه، یاق لیزر)، SLT(لیزر گلوکوم) ، آسپیراسیون مغز استخوان ، نمونه برداری از ارگانهای مختلف بدن به وسیله سوزن (نظیر پروستات ، پستان و سایر موارد مشابه) تحت هدایت تصویربرداری، نمونه برداری تحت سونوگرافی و سی تی اسکن، کورتون تراپی جهت کلیه بیماری ها (تزریق داخل مفصل) اعم از تزریق، ژل و سایر موارد ، سوزن براکی تراپی ، تزریق داخل ضایعه، پانسمان و تعویض آن ، شستشوی گوش، پاپ اسمیر ، تحریکات الکتریکی مغز TDCS، پونکسیون مایع نخاع کمری، آمینوسنتز، FNA، اوزون تراپی (چنانچه جنبه درمانی داشته باشد، با تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت میباشد.)، تزریق اوزون، الکتروشوک درمانی، جبران هزینه کوتر، رادیوفرکانسی RF ، PLUG SMART ، اکسیژن تراپی</p>
۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۲	<p>جبران هزینه جراحی و فمتو لیزیک مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد .(سقف تعهدات برای هرچشم)</p>
۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۳	<p>جبران هزینه های ویزیت ، دارو و خدمات اورژانس غیر بستری : انواع ویزیت مطابق با آخرین تعرفه بخش خصوصی (پزشک عمومی، متخصص، فوق تخصص، کارشناسان تغذیه و مامایی، ویزیت ماما، مشاوره های پزشکی و...)، کلیه داروهای عمومی و تخصصی، ایرانی و خارجی، داروهای گیاهی، داروهای هورمونی ، داروهای پوستی غیر از موارد زیبایی و بهداشتی براساس فهرست دارویی مجاز کشور که به صورت مجاز و قانونی وارد کشور شده باشند. داروهای گیاهی (با تجویز پزشک متخصص) جبران هزینه های خرید داروهای مکمل (با تجویز پزشک متخصص مربوطه). داروهای مرتبط با بیماری کرونا ، داروهای ترکیبی (با تجویز پزشک متخصص) ، مشاوره (روانپزشک، متخصص اعصاب و روان) مشاوره روانشناس با تجویز متخصص روانپزشکی ، انواع تزریقات، سرم تراپی. خدمات اورژانس در موارد غیربستری، هزینه داروهای مکمل و تقویتی (در صورت تجویز پزشک معالج) ، به علاوه هزینه تمام داروها (براساس فهرست داروهای مجاز کشور) (صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر پایه بیمه گر اول))</p>
۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۴	<p>جبران هزینه سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه به انضمام ایمپلنت، دست دندان(دندان مصنوعی) ، نیم ست مصنوعی، روکش، ترمیم، عصب کشی همچنین پرداخت هزینه ارتودنسی، جرمگیری و بروساژ (مشروط به تجویز پزشک متخصص) (جهت کودکان و خانمهای باردار در صورت ارائه مدارک نیازی به ارائه عکس دندان نمی باشد)</p>
۳۵/۰۰۰/۰۰۰	۱۵	<p>جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماس طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست</p>
۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۶	<p>جبران هزینه مربوط سمعک (خرید ، تعمیر و تعویض قطعات و باتری)</p>
۳۵/۰۰۰/۰۰۰	۱۷	<p>جبران هزینه انواع ارتوز(بلافاصله پس از جراحی) و انواع وسایل کمک توان بخشی و اصلاحی حرکتی به تشخیص پزشک معالج اعم از(گردنبنند طبی، کفش طبی ، کفی طبی، جوراب واریس، مچ بند طبی، زانو بند طبی، کمر بند طبی، آتل انگشت، ویلچر ، واکر ، عصای طبی و ...) و جبران هزینه های سپس میکسر قلب</p>
۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۸	<p>هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی و انتقال بیمار به مراکز تشخیصی -درمانی طبق دستور پزشک معالج (داخل شهری)</p>
۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۹	<p>هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی و انتقال بیمار به مراکز تشخیصی -درمانی طبق دستور پزشک معالج (خارج شهری)</p>