

جدول تعهدات بیمه تکمیلی درمان سازمان جهاد کشاورزی ۱۴۰۳/۳/۱ لغایت ۱۴۰۴/۲/۳۱ - با فرانشیز ۱۰ درصد (جزء لاینفک قرارداد) - مبالغ به ریال

ردیف	عنوان تعهدات	طرح (طلائی) سقف تعهدات	طرح (نقره ای) سقف تعهدات
۱	جبران هزینه های اعمال جراحی عمومی ، درمان طبی و بستری در بیمارستان و مراکز جراحی محدود ، لاپاراسکوپی ، انواع سنگ شکن ، تعویض پیس میکر دائمی ، هر نوع آنژیوگرافی ، اقدامات اینترنشنال ، آنژیوگرافی قلب ، بیماریهای اعصاب وروان (بجز بیماری سایکوتیک) ، اختلال خواب ، فموتاکتارکت ، جبران هزینه های بستری کرونا ، به ازاء هر نفر	۱/۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۸۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	جبران هزینه های اعمال جراحی تخصصی مربوط به انواع جراحی مغز و اعصاب مرکزی ، قلب ، جراحی دیسک ستون فقرات ، پیوندچشم (قرنیه - ویتراکتومی - دکولمان رتین) ، پیوند ریه ، پیوند کلیه ، پیوند کبد و مغزاستخوان ، گامانایف ، حفره های قلب تا سقف تعهدات این بند ، به ازاء هر نفر	۱/۸۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	جبران هزینه های درمانی و داروئی بیماری های خاص، MS ، داروهای پیوندی ، تزریقی و خوراکی (از قبیل: هموفیلی ، انواع تالاسمی ، دیالیز مزمن ، انواع پیوندها و بیماری های صعب العلاج تزریقی و خوراکی (از قبیل: انواع سرطان ، شیمی درمانی ، رادیوتراپی ، MST ، پارکینسون ، کتونومی ، ایدز ، سوختگی ، انواع هپاتیت ، آلزایمر ، بیماریهای خود ایمنی ، پمپینگوس ، ولوپوس و بیماریهای ضعف عضله ، ALS، MLS، بیماریهای پوستی پسوریازیس	از محل تعهدات ردیف ۲	از محل تعهدات ردیف ۲
۴	جبران هزینه های تشخیص درمانی از قبیل: انواع سونوگرافی (از جمله سونوگرافی های غربالگری و تشخیص در بارداری و...) ، ماموگرافی ، انواع اسکن (از جمله اسکن سه بعدی دندان BT و...) ، انواع آندوسکوپی ، انواع MRI ، ام آر آنژیو، ام آر کلاتژیو، اکو از طریق مری ، آندوسونوگرافی ، پروکتانامید، آی وی پی، تست ژنتیک ، کوته ، توپوگرافی ، آمینوستتر ، بررسی مجاری ادرار ، انواع رادیولوژی ، انواع رادیوگرافی (از جمله رادیوگرافی دندان و ...) ، اکوکاردیوگرافی ، استرس اکو ، مشاوره روانی ، پت اسکن ، انواع آزمایش و خدمات آزمایشگاهی (از جمله آزمایش ژنتیکی و غربالگری ، ناهنجاریهای جنین و آزمایش CELL FREE DNA و...) آزمایش کرونا (PCR، IGM، IGG، RAPID مثبت و منفی و ...) ، دانسیتومتري ، انواع فیزیوتراپی ، کایروپراکتیک ، تست ورزش ، نوار گوش ، نوار عضله (EMG) ، نوروفیدبک ، نوارعصب (NCV) ، نوارمغز (EEG) ، نوارقلب (ECG) ، نوار قلب جنین ، تست گوارش ، آنژیوگرافی چشم ، شکستگی ها ، در رفتگیها ، گچ گیری و باز کردن گچ ، ختنه ، بخیه ، کشیدن بخیه ، کرایوتراپی ، اکسیژنوم لیپوم ، تخلیه کیست و آبسه ، لیزر درمانی ، بیوبسی ، پاتولوژی ، تست های تنفسی و ربوی (اسپیرومتری ، بادی باکس ، PFT ، DELCO ، متاکولین و...) ، تست آلرژی ، آنژیواسکن قلب ، سنجش تراکم استخوان ، سنجش شنوایی (ادیومتري - تمپانومتري - PTA-SRT-SDS) ، آزمایش های هسته ای ، پاکیمتری ، مانومتري ، پاپ اسمیر (تست سرطان) ، لیزرتراپی ، PRP ، کشیدن ناخن ، نوارمthane (سیستومتري یا سیستوگرام) ، هولتر ، هولترمایتورینگ قلب ، پروگرامینگ پیس میکر موقت ، بادی باکس ، تیلت پلتیسموگرافی ، ارگواسپیرومتری ، تست تیلت ، تست های ارزیابی پیس میکر ، آنالیز پیس میکر ، کلیه اقدامات و خدمات اورژانس ، اکوچشم ، اپتومتري ، اندازه گیری قرنیه چشم (IOLM) ، اقدامات توانبخشی (از جمله گفتاردرمانی ، صوت درمانی ، کاردرمانی و...) ، انواع تزریق (تزریق داخل ضایعه ، تزریق داخل مفصل و...) ، دانسیتومتري ، کوتر شستشوی گوش ، خارج کردن جسم خارجی ، پریمتری ، تمپانومتري ، اکواسکن ، OCT ، توپوگرافی ، پنتاکم ، ICG.smart plug.Orb scan ، فوندوسکوپی ، کانفواسکن ، انترویون ، تعیین میزان بینایی ، بررسی عصب بینایی ، طب مکمل ، نوار گوش ، تیلت تست ، و صل سرم در درمانگاه ، پانسمان ، انواع رزکسیون ، Fall test ، بردا شتن میخچه و زیگیل (بدون ارائه پاتولوژی) ، سرم تراپی و تزریقات وریدی ، اکسیژن سنجی ، اکسیژن تراپی ، خدمات پرستاری ، و... به ازاء خانواده	۲۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۵	جبران هزینه رفع عيوب انكساری هرچشم از قبیل لیزیک ، لازک ، فمتولیزیک و سایر روشها ، در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر ، جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی بعلاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. به ازاء هر نفر	۱۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۸۰/۰۰۰/۰۰۰
۶	جبران هزینه های زایمان (طبیعی و سزارین)	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۷	جبران هزینه های درمان نازایی و ناباروری (هزینه های تشخیص ، درمانی و دارویی) برای هر یک از زوجین به ازاء خانواده	از محل تعهدات ردیف ۶	از محل تعهدات ردیف ۶
۸	جبران هزینه های آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی درداخل شهر به شرط بستری در بیمارستان	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۵/۰۰۰/۰۰۰
۹	جبران هزینه های آمبولانس ، هواپیما وسایر فوریتهای پزشکی درخارج شهر به شرط بستری در بیمارستان	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۰	جبران هزینه انواع ویزیت (کار شناس ، کار شناس ار شد ، روان شناس ، ماما ، عمومی - پزشک طب سنتی ، متخصص - فوق تخصص) و دارو اعم از داروهای ایرانی ، خارجی ، مکمل و تقویتی با جنبه درمانی و با تجویز پزشک) به ازاء هر نفر	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۱	جبران هزینه های تهیه ارتز (کروست طبی - گردبند طبی - کمربند طبی - اسپینلت و برس - مچ بند طبی - جوراب واریس - زانو بند طبی - آتل شکم بند طبی - بریس - خرید وسایل توانبخشی و ارتوپدی جبران هزینه های مربوط به ازاء خانواده	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۲	جبران هزینه مربوط به عینک طبی با تجویز پزشک متخصص به ازاء خانواده (با ارائه فریم عینک خریداری شده و رسید دستگاه کارتخوان فروشگاه عینک)	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۳	جبران هزینه های دندانپزشکی (ترمیم ، ریشه ، کشیدن ، ارتودنسی ، ایمپلنت) به ازاء هر نفر با تعرفه های ابلاغی از سوی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی برای بخش خصوصی و دولتی	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۵/۰۰۰/۰۰۰
حق بیمه ماهانه با احتساب مالیات بر ارزش افزوده برای همکار و افراد تحت تکفل			
	۴/۷۰۰/۰۰۰	۳/۹۰۰/۰۰۰	
حق بیمه ماهانه با احتساب مالیات بر ارزش افزوده برای افراد غیر تحت تکفل پدر و مادر همکاران شاغل			
	۶/۴۵۰/۰۰۰	۵/۴۰۰/۰۰۰	

ردیف	نام	نام خانوادگی	کد پرسنلی	شماره شناسنامه	کد ملی	نام پدر	سال تولد	ماه تولد	روز تولد	تاریخ شروع	تاریخ پایان	جنسیت	نسبت با بیمه شده	نوع بیمه شده	نوع تکفل	شماره موبایل	کد پستی	کد بیمه گذار	آدرس	واحد سازمانی	طرح	تعداد	شماره شبا
۱																							
۲																							

تنسبه کد ۲۷ آقا نوع بیمه شده کد ۳۱ بیمه شده اصلی نوع تکفل کد ۲۱ تحت تکفل نسبت با بیمه همسر کد ۱۲ تعداد کل اعضا فقط در سطر بیمه شده اصلی درج گردد
 کد ۲۸ خانم کد ۳۲ بیمه شده تبعی کد ۲۲ غیر تحت تکفل پسر کد ۷ دختر کد ۸ پدر کد ۵ مادر کد ۶

فایل خام بیمه تکمیلی