



خدمات بیمه ای سازمان نظام مهندسی ساختمان استان خوزستان
بیمه گروهی مکمل درمان (بیمه تکمیلی)

ردیف	عنوان پوشش	طرح ۱	طرح ۲
۱	هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی) هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (ستری و سرپایی و داروهای تزریقی و غیر تزریقی جهت درمان)، رادیوتراپی، پروتز (حین جراحی داخل بدن)، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Care Day ، هزینه درمان افراد دارای بیماری خاص و صعب العلاج و بیماران خاص و لیزر PDT تبصره: اعمال جراحی Care Day و هزینه همراه افراد زیر ۱۰ سال و بالای ۷۰ سال در بیمارستان ها و بستری اورژانس کمتر از ۶ ساعت	۳/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰
	افزایش سقف تعهدات برای هر بیمه شده تا دو برابر سقف تعهدات پوششهای اصلی برای شیمی درمانی (بستری و سرپایی و داروهای تزریقی و غیر تزریقی جهت درمان)، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپالستی عروق کرونر و عروق داخل مغز	۵/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۵/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	هزینه داروهای خوراکی بیماری های خاص و صعب العلاج در موارد غیر بستری	۲/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	زایمان، هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۴	هزینه های درمان نازایی و ناباروری (هزینه های تشخیصی، درمانی و دارویی) و اعمال جراحی مرتبط ، IUI ، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن IVF (سقف برای هر نفر)	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۵	لیزیک چشم چپ و راست و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی دوربینی آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) سه دیوپتر یا بیشتر مبلغ	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۶	جبران هزینه انواع رادیوگرافی و رادیولوژی، انواع آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی و اگو چشم، انواع سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن و Scan pet ، ام آر آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ) دانسیتومتری ، انواع آندوسکوپی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، سنجش تراکم استخوان، پاپ اسمیر برای هر بیمه شده	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰
	جبران هزینه خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیسی میگر ، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی و نوار عضله (EMG (NCV ، نوار مغز و الکتروانسفالوگرافی (EEG) ، خدمات تشخیصی یوردینامیک (نوار مثانه) (سیستومتری یا سیستوگرام)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری. هزینه های مربوط به تست آلرژی، نوار عصب (NCV) ، (بینایی سنجی تست های غربالگری جنینی شامل مارکرهای جنینی آزمایشات ژنتیکی جنین ، برای هر بیمه شده،		
	هزینه خدمات آزمایشگاهی و چکاپ انفرادی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی ، نوار قلب و فیزیوتراپی، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT)،		
۷	جبران هزینه اعمال و جراحیهای مجاز سرپایی شامل: شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی ، جبران هزینه های خارج کردن جسم خارجی از بدن، نوار گوارش، سستشوی گوش و کلیه تزریقات برای هر بیمه شده	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۸	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی ، انواع لنز، عدسی با تجویز چشم پزشک یا اپتومتریست	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰
۹	جبران هزینه مربوط به خرید سمعک	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۰	جبران هزینه های دندانپزشکی ، جراحی لثه، ایمپلنت، ارتودنسی، دندان مصنوعی	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۱	جبران هزینه های آمبولانس در داخل شهر	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۲	جبران هزینه های آمبولانس بین شهری	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۳	تامین هزینه های خرید دارو و ویزیت پزشک، روانپزشک، انواع مشاوره و گفتار درمانی- داروهای خارجی با تجویز پزشک- داروهای هورمون رشد(افزایش و کاهش هورمون رشد) داروهای شیمی درمانی، رادیوتراپی، داروهای ام اس، هیپاتیت، دیابت، دیالیز، سندرم تالاسمی ماژور هزینه دارویی بستری اعصاب و روان و سایر داروهای درمانی با تجویز پزشک	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۴	هزینه های اروتز	۳.۰۰۰.۰۰۰	۳.۰۰۰.۰۰۰
	فرانشیز بستری و پاراکلینیکی ۱۰٪		
	حق بیمه (ماهانه)	۲۹/۸۰۰/۰۰۰	۳۲/۰۰۰/۰۰۰

پاراکلینیکی



فرم تکمیل اطلاعات ثبت نام بیمه آسیا

مشخصات بیمه شده اصلی:

نام:	نام خانوادگی:	تاریخ تولد: / /	سن:
کد ملی:	نام پدر:		
کد پرسنلی:	شماره عضویت:	شماره پروانه اشتغال بکار:	
وضعیت تاهل:	بیمه گر اول:	تأمین اجتماعی	خدمات درمانی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
شماره موبایلی که الزاماً بنام بیمه شده اصلی باشد:			
شماره شب:	IR	شماره حساب:	بانک:

مشخصات سایر اعضای تحت تکفل:

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	تاریخ تولد (کامل)	شماره شناسنامه	نسبت	تحت تکفل	غیر تحت تکفل
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

مهر و امضاء

شماره پروانه اشتغال بکار: