

جدول تعهدات بیمه تکمیل درمان سال ۱۴۰۲ - ۱۴۰۳ بیمه دی

ردیف	شرح تعهدات	مبلغ تعهدات برای هر نفر (ریال) و فرانشیز ۱۰ درصد		
		طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳
۱	جبران هزینه های بستری (تشخیصی، درمان طبی، جراحی) و Day Care در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و انواع جراحی دیسک، سنگ شکن، آنژیوگرافی عروق قلب و یا سایر اعضای بدن، گامانایف، لیزر تراپی ته چشم (سرپایی، بستری)، پرداخت تمامی هزینه های بیماران خاص از قبیل داروهای تزریقی و خوراکی و عوارض آن در مراکز درمانی و داخل مطب به صورت سرپایی یا بستری و ... ، تزریق مفصلی (PRP) با تایید پزشک معتمد، تزریق سلولهای بنیادی، پزشکی هسته ای، اعمال جراحی چشم، خدمات پرستار در منزل (با تایید پزشک معتمد)، جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰
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) آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز، جراحی ستون فقرات (به استثناء جراحی دیسک)، جراحی فوق تخصصی ارتوپدی و پرداخت تمامی هزینه های بیماریهای خاص (شامل: تالاسمی، هموفیلی، دیالیز، ام اس، انواع سرطان و ...) و هزینه های NICU نوزادان و (خرید اعضاء مصنوعی و پروتز تا ده درصد کل بیمه شدگان)	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	پوشش هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط ZIFT, IZIFT, IVF, میکرو اینجکشن و IVF، هزینه فریز جنین، زایمان و (سزارین، سزارین درخواستی و کورتاژ قانونی (ده درصد کل بیمه شدگان))	عدم پوشش	۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	هزینه های پاراکلینیکی ۱: جبران هزینه انواع رادیوگرافی، رادیو تراپی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری و نرو فیدبک	عدم پوشش	عدم پوشش	عدم پوشش
۵	هزینه های پاراکلینیکی ۲: جبران هزینه انواع آندوسکوپی، کولونوسکوپی خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، استرس اکو انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، 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 پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، آنژیوگرافی و رادیوگرافی چشم، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ،			
۶	هزینه های پاراکلینیکی ۳: جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی جراحی های سرپایی، شکستگی ها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به جز زیبایی)، خدمات اورژانس و خدمات day care بیمارستان، توپوگرافی، انواع بیوپسی، تست شنوایی و ساکنشن گوش، انواع تزریقات، پانسمان، طب سوزنی، طب سنتی و هزینه لوازم مصرفی خدمات درمانی مذکور در این بند			
۷	جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل باتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های الژنیک، جبران هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین، جبران هزینه فیزیوتراپی PT، گفتار درمانی ST کار درمانی OT و آب درمانی، جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماری های روان پریشی انواع فیزیوتراپی، فیزیوتراپی با لیزر، آزمایشات تشخیصی طبی، چک آپ check up، ، ، نوار قلب، پاپ اسمیر، آزمایشات جنین شناسی، هورمونی			
۸	هزینه انتقال بیمار با آمبولانس بخش خصوصی و دولتی داخل شهر			
۹	هزینه انتقال بیمار با آمبولانس بخش خصوصی و دولتی خارج شهر			
۱۰	رفع عیوب انکساری هر چشم (با حداقل ۳ دیوپتر هر چشم)			
۱۱	تمام خدمات دندانپزشکی شامل (کشیدن، عصب کشی، ترمیم، جرمگیری، ایمپلنت، اورتودنسی، دندان مصنوعی، انواع جراحی دهان و دندان و ...) - به صورت ترکیبی و شناور می باشد.			
۱۲	جبران هزینه های ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مزاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری، داروی ایرانی و خارجی، ویزیت پزشک (عمومی، متخصص، روانپزشکی، فوق تخصص، ماما، انواع مشاوره، ایتومتریست) و انواع ویتامین ها، انواع مکمل ها با دستور پزشک و تایید پزشک معتمد، هزینه های پزشکی قانونی و ویزیت دندانپزشک	۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۳	جبران هزینه مربوط به خرید و تعمیر عینک طبی یا لنز تماسی طبی و عینک آفتابی نمره دار با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست، هزینه خرید عینک (فتو کروم و استیگمات) با دستور پزشک معتمد و در صورتی که جنبه درمانی داشته باشد. (برای هر خانواده)	عدم پوشش	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۴	جبران هزینه مربوط به خرید سمعک جبران هزینه های خرید ارتوز و انواع وسائل کمک توان بخشی و اصلاحی حرکتی شامل (عصا، اوکر، مچ بند، قوزک بند و کفش، گردنبند، زانو بند، کمربند طبی و جوراب واریس، ویلچر و غیره) و هزینه پیس میکر قلب تا ۳ درصد کل بیمه شدگان	عدم پوشش	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰

توجه: سهم پرداختی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی خراسان شمالی برای هر بیمه شده اصلی ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد. این مبلغ بعنوان سهم هر بیمه شده توسط دانشگاه پرداخت می گردد و تعداد کل بیمه شدگان اصلی ۵۹۰۰ نفر می باشد که مبلغ صدرا اشاره از مبلغ حق بیمه طرح های ۱، ۲ و ۳ جهت بیمه شده اصلی کسری می گردد.