|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **پوشش ها** | | **سقف تعهدات (ریال )** |
| **هزینه های بیمارستانی** | | **جبران هزینه های بستری،سرطان ،جراحی،شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف، دیسک ستون فقرات ، انواع سنگ شکن دربیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CARE.** | **150.000.000** |
| **افزایش سقف تعهد برای اعمال جراحی مربوط به مغز و اعصاب مرکزی و نخاع ، جراحی قلب باز ، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان.** | **300.000.000** |
| **زایمان (طبیعی و سزارین تا فرزند سوم)** | **35.000.000** |
| **جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری** | | **8.000.000** |
| **جبران هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوارعصب، نوار مغز، نوار مثانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب،آنژیوگرافی چشم** | | **5.000.000** |
| **جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی ها ، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیزیون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی** | | **7.000.000** |
| **جبران خدمات آزمایشگاهی( با ستثناء چک آپ پزشکی و ازمایش ژنتیک و غربالگری جنین)، پاتولوژی آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوارقلب، فیزیوتراپی** | | **5.000.000** |
| **جبران هزینه رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر جمع قدر مطلق بینایی هر چشم 3 دیوپتریا بیشتر باشد.** | | **16.000.000** |
| **هزینه های آمبولانس درون شهری**  **برون شهری** | | **داخل شهر : 1.500.000ريال**  **خارج ازشهر:3.000.000 ریال** |
| **خدمات دندان پزشکی(واحد خانواده)** | | **10.000.000** |
| **جبران هزینه های عینک یا لنز طبی** | | **3.000.000** |
| **جبران هزینه های سمعک** | | **3.000.000** |

سررسید دریافت حق بیمه درمان تکمیلی

**در تاریخ ...................... مبلغ ..................... ریال به حروف ..........................................ریال از بابت حق بیمه درمان تکمیلی از جناب آقای /خانم ............................ به شرح ذیل تحویل شرکت بیمه تعاون گردید.**

**تعداد بیمه شدگان اصلی و فرعی : ..... نفر**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **نوع پرداخت** | **مبلغ(ریال)** | **تاریخ** | **شماره پرداخت /سریال چک** | **شماره حساب جاری** |
| **فیش/نقدی** |  |  |  |  |
| **چک بانک ......** |  |  |  |  |
| **چک بانک ......** |  |  |  |  |
| **چک بانک ......** |  |  |  |  |
| **چک بانک ......** |  |  |  |  |
| **چک بانک ......** |  |  |  |  |

**تحویل گیرنده : آقای/خانم .........**

**امضا**

**توجه: بیمه شده محترم به استحضار میرساند در صورت برگشت چک، پرداخت خسارت بیمه شده مذکور از تاریخ چک متوقف خواهد شد.**

**بیمه شده محترم به منظور سهولت در ارائه خدمات درمانی مقتضی است ضمن مطالع دقیق مراتب ذیل ،در اجرای عملیات آن در طول مدت بیمه نامه مارا همراهی نمایید.**

**مدارک مورد نیاز برای ارائه فاکتور بیمه تکمیلی:**

**مدارک اولیه**:کپی کارت نظام- کپی برگ اول دفترچه بیمه بیمار- کپی کارت بیمه تکمیلی (کلیه مدارک فوق هنگام تحویل فاکتور الزامیست)

* اصل دستور پزشک -اصل فاکتور- کپی جواب یا گزارش MRI,CTSCAN ، سونوگرافی ، آزمایش و غیره
* در مورد دندان عکس قبل وبعد بصورت کل دهان **(OPG)** بروز**-** بهمراه دستور پزشک اصل و فاکتور اصل (هزینه های دندانپزشکی طبق تعرفه سند یکای بیمه گران ایران و پس از کسر فرانشیز بیمه نامه قابل پرداخت خواهد بود.)
* در مورد عینک پرینت نمره چشم ضمن تایید پزشک متخصص ،ارائه اصل فاکتور و اصل دستورپزشک الزامی است

توجه : در هزینه های دندانپزشکی و بیمارستانی اعم از بستری و جراحی اعمال مهم از شرکت کمک رسان ایران حتما معرفی نامه دریافت نمایید. اعمال جراحی که مربوط به حادثه باشد حتما برگ شرح حادثه،رادیوگرافی و سونوگرافی حتما لازم است.

جهت جراحی های داخل شکم مثل:عمل فتق ،فتق شکم سیتوپلاستی (انحراف بینی)رینوپلاستی حتما قبل عمل نظر پزشک معتمد باید اخذ شود.

* **پرداخت هزینه زایمان تا فرزند سوم قابل تامین میباشد.**
* **هزینه چک اپ پزشکی و ازمایشات ژنتیک و غربالگری جنین مشمول تعهدات این بیمه نامه نمی باشد.**
* مهلت تحویل **مدارک بیمارستانی 3ماه** و مدت تحویل **مدارک پاراکلینیکی 2ماه** میباشد.

مدارک ناقص به منظور ایجاد تعهد، به هیچ عنوان دریافت نخواهد شد.

در صورت عدم رفع نواقصات پرونده درمانی شرکت بیمه گر هیچ هزینه ای مبنی بر پردااخت خسارت اعمال نخواهد نمود.

دوره انتظار برای زایمان 6ماه و برای جراحی 3ماه از شروع قرارداد میباشد.( به استثنای بیمه شدگان سال قبل)

لیست اسامی مراکز درمانی و دکتر های طرف قرارداد را میتوانید از ادرس سایت زیر مشاهده نمایید:

<http://iranassistance.com/home/index>

عدم پرداخت چک در موعد مقرر ضمن توقف پرداخت خسارت مراتب به واحد حقوقی سازمان جهت پیگیری ارجاع خواهد شد.

بدیهی است مسئولیت ارائه مدارک ناقص و تاخیر در ارائه مستندات هزینه های درمانی بر عهده شخص بیمه شده بوده و شرکت بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت هزینه ها نخواهد داشت.

اینجانب.............................................................. مراتب فوق را با اگاهی کامل مطالعه نموده و با رعایت دقیق مفاد قرار داد شرایط فوق را میپذیرم.

محل امضای بیمه شده