

| ردیف | شرح تعهدات سازمان | تعهدات سازمان | مدارک مورد نیاز |
|------|---|---------------|--|
| ۱ | جراحی تخصصی (شش عمل اصلی) هزینه اعمال جراحی اصلی - مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گمانایف قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند مغز استخوان و جراحی سرطان (با احتساب بند ۱) | ۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰ | ۱- اصل صورتحساب پرداختی بیمار ممهور به مهر بیمارستان (ریز صورتحساب پرداختی بیمار) ۲- خلاصه پرونده کامل به ازای هر روز بستری ۳- گزارش عمل و گزارش بیهوشی (در صورت جراحی و بیهوشی) ۴- ریز داروها و لوازم مصرفی بیمار در بخش و اتاق عمل به تفکیک ۵- گزارشات مربوط به خدمات ارائه شده در طول بستری از جمله سی تی اسکن، سونوگرافی، ام ار آی و ... |
| ۲ | هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی) هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپایی) رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CAR | ۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰ | *در صورتی که از بیمه پایه استفاده نشده باشد، ضروری ست مدارک، قبل از ارائه به سازمان به شعبه بیمه پایه مربوطه تحویل و پس از دریافت خسارت، کلیه مدارک به انضمام تاییدیه بیمه پایه که مبنی بر مبلغ تعیین شده می باشد، به سازمان ارائه شود تا مورد بررسی و پرداخت واقع گردد. |
| ۳ | زایمان هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین | ۶۰.۰۰۰.۰۰۰ | |
| ۴ | پاراکلینیکی ۱ پاراکلینیکی شامل: انواع سونوگرافی - ماموگرافی - انواع اسکن - انواع اندوسکوپی - ام آر آی - کوکاردیوگرافی - استرمن اکو - دانسیتومتری - انواع آنژیوگرافی (به جز قلب) | ۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ | ارائه دستور پزشک، اصل فاکتور پرداختی ممهور به مهر مرکز مربوطه و فتوکپی جوابیه (گزارش) مربوطه مواردی که دستور پزشک الکترونیک دارند، چاپ نسخه الکترونیک یا کپی اصل دستور پزشک ضمیمه گردد |
| ۵ | پاراکلینیکی ۲ هزینه های مربوط به تست ورزش، تست آرژزی، تست تنفسی (اسپیرومتری - PFT) نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوار مثانه (سیستومتری با سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولتر | ۱۸۰.۰۰۰.۰۰۰ | ارائه دستور پزشک، اصل فاکتور پرداختی ممهور به مهر مرکز مربوطه و فتوکپی جوابیه (گزارش) مربوطه مواردی که دستور پزشک الکترونیک دارند، چاپ نسخه الکترونیک یا کپی اصل دستور پزشک ضمیمه گردد |
| ۶ | جراحی های مجاز سرپایی جراحی های مجاز سرپایی شامل: شکستگی و در رفتگی - گچ گیری - بخیه - کرایوتراپی - اکسیژن یون لیوم - بیوپسی - تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم) | ۱۳۰.۰۰۰.۰۰۰ | ارائه دستور پزشک و اصل فاکتور مربوطه ممهور به مهر پزشک، طبق تعرفه مصوب شده وزارت بهداشت قابل پرداخت می باشند. |
| ۷ | خدمات آزمایشگاهی هزینه خدمات آزمایشگاهی (به غیر از چکاپ و غربالگری) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی | ۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ | ارائه دستور پزشک، اصل فاکتور ممهور به مهر مرکز درمانی و فتوکپی تمامی صفحات جوابیه |
| ۸ | لیزیک چشم راست لیزیک چشم راست و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی ۳ دیوپتر به بالا باشد | ۱۲۰.۰۰۰.۰۰۰ | ارائه دستور پزشک و اصل صورتحساب مرکز لیزیک و کپی اسکن چشم + ارائه برگه کامپیوتری نمره چشم |
| ۹ | لیزیک چشم چپ لیزیک چشم چپ و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی ۳ دیوپتر به بالا باشد | ۱۲۰.۰۰۰.۰۰۰ | ارائه دستور پزشک و اصل صورتحساب مرکز لیزیک و کپی اسکن چشم + ارائه برگه کامپیوتری نمره چشم |
| ۱۰ | بیماریها و ناهنجاریهای جنینی هزینه تشخیص بیماریها و ناهنجاریهای جنین | ۱۸۰.۰۰۰.۰۰۰ | ارائه دستور پزشک، اصل فاکتور پرداختی ممهور به مهر مرکز مربوطه و فتوکپی جوابیه (گزارش) مربوطه مواردی که دستور پزشک الکترونیک دارند، چاپ نسخه الکترونیک یا کپی اصل دستور پزشک ضمیمه گردد |
| ۱۱ | داروهای تخصصی (کلیه داروهای ایرانی و خارجی مرتبط با شیمی درمانی، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان، پیوند ریه با تجویز پزشک متخصص) | ۵۰.۰۰۰.۰۰۰ | ارائه اصل فاکتور ممهور به مهر داروخانه و نسخه پزشک متخصص معالج |
| ۱۲ | کمک هزینه فوت | ۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ | ۱- برابر اصل صفحه اول و دوم شناسنامه متوفی ۲- برابر اصل گواهی فوت ۳- برابر اصل گواهی انحصار وراثت ۴- شماره حساب هر کدام از ورثه در صورت ارائه وکالت نامه، ارائه شماره حساب وکیل مربوطه |

*فرانشیز معادل ۱۰ درصد می باشد.

- در صورتی که اعضا محترم بیمه پایه نداشته باشند، پس از بررسی صورتحساب ۱۰ درصد مبلغ تعیین شده به عنوان فرانشیز کسر می شود و مابقی پرداخت می گردد.

چنانچه اعضا محترم از بیمه تکمیلی برخوردار باشند ابتدا می بایست اسناد هزینه را جهت پرداخت به بیمه مربوطه تحویل داده و در صورت تکمیل سقف پرداخت، مدارک درمانی کپی و یا برابر اصل شده به انضمام رسید بیمه مکمل مبنی بر مبلغ پرداختی به سازمان ارائه شده تا مورد بررسی قرار گرفته و در صورت تایید در چارچوب جدول تعیین شده پرداخت می گردد.