

## نوع خدمات و سقف تعهدات کمک رسان از تاریخ ۱۴۰۱/۰۱/۰۱

متقاضی محترم پوشش درمانی «طرح خانواده»

بدینوسیله نوع خدمات و سقف تعهدات طرح درمان خانواده، به شرح ذیل اعلام می‌گردد.

نوع خدمات	حداکثر سقف (ریال)
بستری	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
پاراکلینیکی*	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
زایمان	۱۱۰,۰۰۰,۰۰۰
اورژانس	۱۲,۰۰۰,۰۰۰
شیمی درمانی	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
لیزر درمانی و فیزیوتراپی	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
بیمه حادثه	در سقف پاراکلینیکی
تامین هزینه آزمایشات (با کسر فرانشیز ۱۰٪)	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰
خدمات پزشکی در منزل	مشاوره و ویزیت توسط پزشک عمومی، رایگان
کمک رسانی حقوقی	مشاوره رایگان
گرامت روزانه (بستری)	۳,۰۰۰,۰۰۰ (به ازاء هر شب بستری)
گرامت قرنطینه (۷ روز)	۱,۰۰۰,۰۰۰ (به ازاء هر روز)
ویزیت، دارو و آزمایش یکماه قبل و دو ماه بعد از بستری در بیمارستان	۵,۰۰۰,۰۰۰
تامین هزینه تشخیص کرونا (تست پی سی آر، آزمایش خون و اسکن ریه) (طبق شرایط عمومی قرارداد)	۱۰,۰۰۰,۰۰۰ در سقف پاراکلینیکی

\* لیست خدمات تشخیصی و پاراکلینیکی به شرح ذیل می باشد که هزینه های آن براساس تعرفه سازمان نظام پزشکی، توسط بیمه گر کمک رسان تامین می گردد:

سونوگرافی، ماموگرافی، رادیوتراپی، رادیولوژی، انواع اسکن و سی تی اسکن، سنجش تراکم استخوان، نوار عضله و نوار عصب، پاتولوژی، گچ گیری و بازکردن گچ، اکسیژن و رزکسیون توده، نوار مغز، اسپیرومتری، پریمتری، پانکری، اودیومتری، تعیین میدان دید، بیوپسی تحت گایدسونوگرافی، انواع آندوسکوپی، انواع ام.آر.آی، تست ورزش، پانسمان، اکوکاردیوگرافی، بخیه، ختنه، لیزر درمانی، سنگ شکن، لیزیک برای رفع عیوب انکساری چشم بیش از ۳ دیوپتر در هر محور برای هر چشم.

\* به منظور بررسی وضعیت سلامتی اعضاء، کمک رسان اعضای خود را جهت انجام معاینات پزشکی به مرکز معتمد خویش معرفی می‌نماید.

هزینه انجام معاینات پزشکی به عهده عضو می‌باشد. انجام معاینات درخواستی الزامی و هزینه انجام آن غیر قابل استرداد است.