

بیمه نامه درمان گروهی

تعهدهات بیمه گر				
ردیف	شرح تعهدهات (کارکنان و افراد تحت تکفل)	حداکثر تعهدهات سالیانه		درصد حداکثر فرانسیز
		خانواده	نفر	
۱	بستری بیمارستانی :جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود	*	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۲	اعمال جراحی مهم (تخصصی) :جبران هزینه برای شیمی درمانی، 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 آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز.	*	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۳	آمبولانس داخل شهر :جبران هزینه های آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج (داخل شهر)	*	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۴	آمبولانس خارج از شهر : جبران هزینه های آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج. (بین شهری)	*	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۵	زایمان :جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	*	*	*
۶	درمان نازایی و ناباروری :جبران هزینه های مربوط به درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط، GIFT، ZIFT، IUI، میکرواینجکشن IVF	*	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۷	پاراکلینیکی گروه ۴ :جبران هزینه تستهای غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	*	۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۸	رفع عیوب انکساری چشم :جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. سقف تعهد برای هر دو چشم.	*	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۹	پاراکلینیکی گروه اول : جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری .	*	۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۱۰	پاراکلینیکی گروه دوم :جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، نیتل تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی 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) .	*	۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۱۱	اعمال مجاز سرپایی : جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی.	*	۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۱۲	پاراکلینیکی گروه ۳ : جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک.	*	۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۱۳	پاراکلینیکی گروه ۵ :جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT) .	*	۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۱۴	دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفا مازاد بر سهم بیمه گر اول)	*	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۱۵	هزینه های ویزیت	*	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۱۶	هزینه های خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	*	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۱۷	حداکثر تعهدات دارو، ویزیت، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	*	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۱۸	عینک و لنز طبی : جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک یا اپتومتریست	*	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۱۹	دندانپزشکی :جبران هزینه های سرپایی و بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه	*	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰

شرکت بیمه ما (سهامی عام)

بیمه گذار: سازمان نظام روان شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران کد ۹۰۲۹۵۹

بیمه نامه درمان گروهی

۲۰	اروتز: هزینه تهیه اروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد .	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	*	۱۰	*
۲۱	حداکثر تعهدات بستری بیمارستانی ، اعمال جراحی تخصصی ، آمبولانس داخل شهر و آمبولانس خارج از شهر	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	*	۱۰	*
۲۲	حداکثر تعهدات بستری بیمارستانی و آمبولانس داخل شهر و آمبولانس خارج از شهر	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	*	۱۰	*
۲۳	زایمان - طبیعی	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	*	۱۰	*
۲۴	زایمان - سزارین	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	*	۱۰	*
حداکثر تعهدات سالیانه بیمه گر		۳,۲۵۵,۰۰۰,۰۰۰	*		
این بیمه نامه با مشخصات فوق الذکر و شرایط عمومی و شرایط خصوصی پیوست در دوشنبه صادر و هریک از نسخ دارای ارزش یکسان می باشد. ۱. بیمه گذار موظف است حق بیمه قرارداد را براساس اعلامیه بدهکار پیوست به شماره حساب ۳۵۰۰۰۰۱۰۵۱ نزد بانک ملت شعبه ونک تک به نام شرکت بیمه "ما" واریز نماید. ضمناً هرگونه پرداخت به سایر حسابها و اشخاص مورد تأیید نمی باشد. ۲. در صورت عدم پرداخت حق بیمه در سررسید های مقرر، بیمه گرتعهدی برای جبران خسارت ندارد و بروز هرگونه مشکل در این خصوص به عهده بیمه گذار خواهد بود . ۳. خسارت مربوط به هزینه های بیمارستانی و سایر هزینه ها دروجه بیمه شده اصلی پرداخت خواهد شد . ۴. محاسبه مالیات تابع قوانین کشوری بوده و چنانچه درحین قرارداد مالیات تغییر یابد از زمان ابلاغ آن بروی بیمه نامه اعمال خواهد شد. ۵. دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه تمام است . چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد ، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد . ۶. شرایط عمومی بیمه نامه درمان گروهی جزء لاینفک این بیمه نامه می باشد . در طول مدت قرارداد اعتبار بیمه نامه گزارش خسارت بیمه گذار هر ۳ ماه پایش می گردد و هرگاه نسبت خسارت بیمه گذار به میزان ۹۰درصد برسد حق بیمه افزایش خواهد یافت و بیمه گذار متعهد است مانده حق بیمه سالانه متعلقه را تا میزانی که نسبت خسارت به ۹۰درصد برسد به بیمه گر پرداخت نماید. اعضاء می توانند کل حق بیمه را به صورت یکجا یا حد اکثر در ۲ قسط (قسط اول ۵۰ درصد کل حق بیمه در ابتدای قرارداد بصورت نقدی و قسط بعدی ۴ ماه بعد از شروع بیمه نامه با ارائه ۱ فقره چک صیادی توسط سرپرست خانوار معادل ۵۰ درصد باقی مانده از حق بیمه کل اعضای خانواده)					
بیمه شدگان بین ۶۱ تا ۷۰ سال غیر تحت تکفل (پدر و مادر) با ۵۰ درصد حق بیمه اضافی تحت پوشش قرار می گیرند . بیمه شدگان بین ۷۱ تا ۱۲۰ سال غیر تحت تکفل (پدر و مادر) با ۱۰۰ درصد حق بیمه اضافی تحت پوشش قرار می گیرند .					
مبلغ حق بیمه ماهانه به ازای هر نفر ۱۹,۸۰۰,۰۰۰ ریال می باشد.					

شرکت بیمه ما (سهامی عام)

بیمه گذار: سازمان نظام روان شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران کد ۹۰۲۹۵۹