

مدیریت محترم شرکت پهر مولد
موضوع: اعلام نرخ درمان گروهی
باسلام و احترام

بازگشت به انقضای بیمه نامه تکمیل درمان گروهی بیمه شدگان محترم آن شرکت، حق بیمه درمان جهت کارکنان و افراد تحت تکفل به شرح جدول ذیل اعلام می گردد. خواهشمند است در صورت تأیید دستور فرمائید نسبت به اعلام کتبی مراتب به این شرکت اقدام لازم مبذول نمایند.

طرح درمان جهت شرکت سپهر مولد- سال بیمه ای ۱۴۰۴-۱۴۰۵

ردیف	عنوان پوشش	عنوان پوشش	طرح درخواستی	طرح پیشنهادی
۱	بستری و جراحی محدود	جبران هزینه های بستری، جراحی و DAY CARE در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود	۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۲	جراحی های تخصصی	هزینه های جراحی تخصصی شامل شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب و مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی، عروق کرونر و عروق داخل مغز با احتساب بند یک	۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۳	هزینه های پاراکلینیکی ۱	شامل: انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی سرپایی و عروق محیطی و چشم، انواع سونوگرافی، انواع اسکن، ام.آر.آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان ایزوتوپ) دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان)، کالر داپلر	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۴	هزینه های پاراکلینیکی ۲	شامل صرفاً انواع آندوسکوپی ERCP، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل نوار قلب، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولترمانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، تبلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی مانند (اسپیرومتری PFT و ...) خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG ، NCV) الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم (مانند اپتومتری، پریمتری، یاکیمتری، پنتاکم و ...) شنوایی سنجی، (انواع ادیومتری شامل: مانند: شکستگی، دررفتگی، گج گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن، لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست، لیزر درمانی	۱۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۲۰.۰۰۰.۰۰۰
۵	جراحی های مجاز سرپایی	شامل: مانند: شکستگی، دررفتگی، گج گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن، لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست، لیزر درمانی	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۶	آمبولانس	هزینه های آمبولانس مشروط به بستری شدن بیمار درون شهری	۵.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰
۷		انتقال بیمار با آمبولانس بین شهری	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰
۸	رفع عیوب انکساری چشم	لیزیک و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بین یا دوربینی، آستیگمات با جمع قدر مطلق نقص بینایی (درجه نزدیک بین یا دوربینی بعلاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۹	زایمان	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۰	آزمایشگاه	هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی شامل پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰

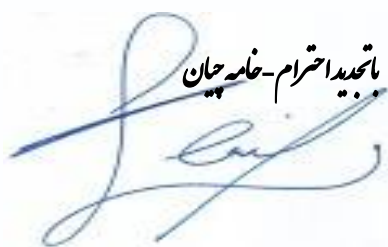
دفتر مرکزی: سپهروردی شمالی، پایین تر از خیابان بهشتی

پلاک ۳۶۸، طبقه ۲، واحد ۴ امور مشتریان : ۸۳۸۳۰

تلفن اطلاع رسانی گویا: ۸۸۷۵۷۶۷۶ پیام کوتاه: ۹۳۵۸۷۵۷۶۷۶

طرح درمان جهت شرکت سپهر مولد- سال بیمه ای ۱۴۰۴-۱۴۰۵				
ردیف	عنوان پوشش	عنوان پوشش	طرح درخواستی	طرح پیشنهادی
۱۱	ویزیت و دارو	جبران هزینه ویزیت (پزشکان عمومی، متخصص و فوق تخصص و کارشناسان کد دار) و دارو شامل داروهای مصرفی، و مکمل شامل داروهای ایرانی و خارجی و خدمات اورژانس و تزریقات و مشاوره (با دستور متخصص)	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۲	هزینه های دندانپزشکی	هزینه های دندانپزشکی صرفاً محدود به کشیدن، جرم گیری و بروساژ، ترمیم و پرکردن و درمان ریشه و روکش، ایمپلنت، دست دندان مصنوعی و ارتودنسی با ارائه گرافی قبل و بعد از درمان	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۳	عینک و لنز طبی	جبران هزینه خرید عینک و لنز طبی	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۴	داروی خاص	جبران هزینه داروی خاص	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۵	توانبخشی	جبران هزینه گفتار درمانی - کار درمانی - فیزیوتراپی	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۶	اروتز - پروتز	جبران هزینه اروتز و پروتز	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۷	اعضای طبیعی	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۸	غربالگری جنین	جبران هزینه های تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰
حق بیمه ماهیانه جهت هر نفر (به ریال) با فرانشیز ۱۰٪				
			۸/۶۸۰/۰۰۰	۹/۹۰۰/۰۰۰

ماتجد اترام - خانم چان



دفتر مرکزی: سهروردی شمالی، پایین تر از خیابان بهشتی

پلاک ۳۶۸، طبقه ۲، واحد ۴ امور مشتریان: ۸۳۸۳۰

تلفن اطلاع رسانی گویا: ۸۸۷۵۷۶۷۶ پیام کوتاه: ۹۳۵۸۷۵۷۶۷۶

