

تعدادات	طرح ۲	طرح ۱
جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، انژیوگرافی قلب، انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی عمومی، day care	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
اعمال جراحی مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، قلب، پیوند (کلیه-کبد-ریه-مغزو استخوان)	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
درمان نازای و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط IVF, IUI, ITSC, ZIFT, GIFT میکرواینجکشن و	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه های پاراکلینیکی شامل انواع سونوگرافی، ماموگرافی، اسکن، آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری، خدمات آزمایشگاهی شامل تشخیص پزشکی، پاتالوژی، آسیب شناسی ژنتیک پزشکی، رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی، ویزیت، دارو و داروهای خاص	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه های مربوط به انواع تست ها (ورزش، آلرژی، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، تنفسی) انواع نوار نگاری (عضله، عصب، مغز و مثانه) هولتر مانیتورینگ قلب و انژیوگرافی چشم	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه های جراحی های مجاز سرپایی مانند شکسته بندی، گچ گیری به همراه مواد مصرفی، ختنه، بخیه، میخچه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست، لیزر درمانی، تزریق داخل چشم یا مفصل، عینک، سمک، سرم تراپی	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر جمع قدر مطلق بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه های آمبولانس	۵۰۰,۰۰۰	داخل شهر
	۱,۰۰۰,۰۰۰	خارج شهر
حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۱۰ درصد (ریال)		
۱,۲۹۰,۰۰۰		
حق بیمه سالانه هر نفر با فرانشیز ۱۰ درصد (ریال)		
۱۲,۸۴۰,۰۰۰		
دندانپزشکی (در ۱۰۰ مرکز درمانی)		
۲۱,۰۰۰,۰۰۰		
حق بیمه ماهانه دندانپزشکی برای هر نفر (ریال)		
۲۰۰,۰۰۰		
حق بیمه سالانه دندانپزشکی برای هر نفر (ریال)		
۲,۴۰۰,۰۰۰		
حق بیمه سالانه برای هر نفر (ریال)		
۱۷,۸۸۰,۰۰۰		
۱۵,۲۴۰,۰۰۰		

******* توجه *******

<p>*** بیمه شدگان دندانپزشکی برای درمان باید فقط به مراکز درمانی طرف قرارداد مراجعه فرمایند.</p> <p>۱. مهلت ثبت نام تا تاریخ ۱۳۹۶/۱۲/۱۰ می باشد.</p> <p>۲. حق بیمه کل به صورت ۲۵٪ نقد و مابقی طی حداکثر ۸ قسط متوالی به صورت ماهیانه در تاریخ های ۱۳۹۷/۰۲/۱۵ و ۱۳۹۷/۰۳/۱۵ و ۱۳۹۷/۰۴/۱۵ و ۱۳۹۷/۰۵/۱۵ و ۱۳۹۷/۰۶/۱۵ و ۱۳۹۷/۰۷/۱۵ و ۱۳۹۷/۰۸/۱۵ و ۱۳۹۷/۰۹/۱۵ دریافت می گردد. کلیه چک ها در وجه بیمه معلم و بدون قلم خوردگی و پشت نویسی باشد. همچنین صاحب حساب، شرکت درخواست دهنده و یا مدیر عامل شرکت باشد.</p> <p>۳. کلیه ثبت نام ها بابت درمان تکمیلی منوط به ارائه لیست تأمین اجتماعی شرکت ها می باشد و کسانی که در لیست قرار ندارند شرکت با ارائه مستندات و مدارک مثبت و پس از بررسی و تأیید ثبت نام می شوند.</p> <p>۴. سرپرست ثبت نام کنندگان ملزم به نام نویسی کلیه افراد تحت پوشش خود (فرزندان پسر زیر ۲۵ سال و فرزندان دختر تا زمانی که مجرد باشند) می باشند.</p> <p>۵. کلیه شرایط حذف و اضافه افراد فقط تا یک ماه از شروع قرارداد (۱۳۹۶/۱۲/۰۱ لغایت ۱۳۹۶/۱۲/۲۶) می باشد و این مدت غیر قابل تمدید می باشد.</p> <p>۶. ارائه کپی از صفحه اول و دوم شناسنامه (صفحه نسبت ها) برای کلیه ثبت نام کنندگان و تکمیل لیست ثبت نامی شرکت مطابق با فرمت جدول اعلامی با مهر و امضای شرکت به انضمام ارائه CD و یا ارسال فایل اکسل اسامی از طریق تلگرام به شماره ۰۹۱۹۳۸۰۹۲۲۱ یا ایمیل bimeh@iseei.net الزامی می باشد.</p> <p>۷. تمامی مبلغ حق بیمه در همان روز ثبت نام باید تسویه گردد.</p> <p>۸. شماره شب و شماره حساب تمامی بیمه شدگان اصلی، به منظور واریز خسارت درمان تکمیلی در موقع ثبت نام باید اعلام گردد.</p> <p>۹. مدارک هزینه های پزشکی حداکثر ظرف مدت ۲ ماه از تاریخ انجام هزینه باید به نمایندگی تحویل داده شود.</p>
--