|  |  |
| --- | --- |
| I:\45.gif  **اداره رفاه دانشگاه علوم پزشكي كاشان** | |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Documents and Settings\bahonaran-j\Desktop\رفاه-2.jpgشرايط وميزان تعهدات بيمه تكميلي از تاريخ1/12/1392 لغايت 30/11/93 | | |
| **رديف** | **شرح** | **سقف تعهدات** |
| 1 | حداكثر سقف تعهدات ساليانه هزينه هاي بستري جراحي (عمومي و تخصصي) در بيمارستان و مراكز جراحي محدود، انواع سنگ شكن ، آنژيوگرافي قلب، جراحي ديسك، ستون فقرات و لاپاراسكوپي، ليزرتراپي ته چشم (سرپايي و بستري) براي هر نفر تا مبلغ | 000/000/40 ريال |
| 2 | حداكثر سقف تعهدات ساليانه براي اعمال جراحي فوق تخصصي شامل: مغز و اعصاب، قلب و عروق، تعويض مفصل ،پيوند قرنيه، پيوند ريه، پيوند كبد و كليه و پيوند مغز استخوان،انواع بيماريهاي خاص، شيمي درماني،داروهاي مربوط به شيمي درماني،عوارض وبيماريهاي مستقيم وغيرمستقيم ناشي ازشيمي درماني و عوارض آن در مراكز درماني داخل مطب به صورت سرپايي و بستري براي هر نفر تا مبلغ | 000/000/80 ريال |
| 3 | حداكثر سقف تعهدات ساليانه هزينه زايمان اعم از طبيعي و سزارين و كورتاژ تشخيصي درماني تا مبلغ | 000/000/15 ريال |
| 4 | حداكثر سقف تعهدات ساليانه پاراكلينيك شامل: خدمات تشخيصي، آزمايشات ژنتيك و پاتولوژي،نازايي، سونوگرافي وسونوگرافي داخل مطب، راديوتراپي، MRI ، انواع اسكن، CTآنژيوگرافي وسه بعدي،گرافي پانوركس ،پاپ اسمير،انواع اندوسكوپي، سيستوسكوپي، اسپيرومتري، ركتوسكوپي، ماموگرافي، اكوكارديوگرافي، راديولوژي، فيزيوتراپي باتزريق وليزر، تست ورزش، نوارعضله و عصب، نوار مغز، سنجش تراكم استخوان، نوار قلب آنژيوگرافي چشم، تست آلرژي، سمعك، تست شنوايي سنجي و جرم گيري گوش،گفتاردرمانی، تجهيزات پزشكي، پرتودرماني،راديوگرافي دندان ومشاوره روانشناسي از هر نوع براي هر نفر تا مبلغ | 000/000/10 ريال |
| 5 | هزينه هاي مربوط به درمان مجاز سرپايي مانند شكستي ها و دررفتگي ها، گچ گيري، ختنه، تزريقات،پانسمانهاي معمولي وبيولوژيكي(كامفيلد) ، بخيه، كرايو تراپي، تخليه كيست، اكسزيون له پوم، آنژيوگرافي چشم و ليزر درماني براي هر نفر تا مبلغ | 000/000/2 ريال |
| 6 | جبران هزينه هاي ليزيك (رفع عيوب انكساري چشم) به ميزان3 ديوپتر يا بيشتر با تاييد قبلي پزشك بيمه گر براي هر چشم000/000/4 ريال و براي هر نفر تا مبلغ | 000/000/8 ريال |
| 7 | انتقال بيمار با آمبولانس در موارد بين شهري و داخل شهري در سال براي هر نفر تا مبلغ | 000/000/1 ريال |
| 8 | هزينه عينك و لنز براي هر نفر | 000/500 ريال |

|  |
| --- |
| توضيحات:  فرانشيز كليه تعهدات جدول فوق 10% مي باشد  حق بيمه ماهانه هر نفر از افراد تحت تكفل و اصلي معادل 119.780 ريال مي باشد.  اخرين مهلت تحويل كارت بيمه قبلي ،حذف و ثبت نام جديد تا تاريخ 30/11/1392 مي باشد.  تعهدات بيمه از تاريخ 1/12/1392 لغايت 30/11/1393 است. |

جهت هر گونه اطلاعات بيشتر به نماينده اداره رفاه مستقر در واحد محل خدمت خود مراجعه فرماييد.