

مقتضای محترم پوشش درمانی «طرح خانواده»

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

| نوع خدمات | حداکثر سقف (ریال) |
|---|--|
| بستری | ۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| پاراکلینیکی* | ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| زایمان | ۹۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| اورژانس | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| شیمی درمانی | ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| لیزر درمانی و فیزیوتراپی | ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ |
| بیمه حادثه | در سقف پاراکلینیکی |
| تامین هزینه آزمایشات | ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| خدمات پزشکی در منزل | ۳,۰۰۰,۰۰۰ |
| کمک رسانی حقوقی | مشاوره و ویزیت توسط پزشک عمومی، رایگان |
| گرامت روزانه (بستری) | مشاوره رایگان |
| گرامت قرنطینه (۷ روز) | ۳,۰۰۰,۰۰۰ (به ازاء هر شب بستری) |
| ویزیت، دارو و آزمایش یکماه قبل و دو ماه بعد از بستری در بیمارستان | ۱,۰۰۰,۰۰۰ (به ازاء هر روز) |
| تامین هزینه تشخیص کرونا (تست پی سی آر، آزمایش خون و اسکن ریه) (طبق شرایط عمومی قرارداد) | ۵,۰۰۰,۰۰۰ |
| | 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.