**جدول تعهدات بیمه تجارت نو**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **سقف تعهدات بیمه گر** | **سقف تعهد بیمه گر** | **فرانشیز** |
| **1** | **جبران هزینه های بستری،جراحی و اعمال جراحی day Card در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود**  **هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از 10 سال یا بیشتر از 70 سال باشد.** | **000/000/000/2 ریال** | **10%** |
| **2** | **جبران هزینه های شیمی درمانی، رایو تراپی و اعمال جراحی مرتبط با سرطان،قلب،مغز و اعصاب مرکزی و نخاع،دیسک و ستون فقرات،گامانایف،پیوند کلیه،پیوندکبد،ریه،پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز با احتساب ردیف یک**  **داروهای بیماری های صعب العلاج و بیماران خاص** | **000/000/000/4 ریال** | **10%** |
| **3** | **جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین** | **000/000/300** | **10%** |
| **4** | **جبران هزینه درمان نازایی و ناباروی شامل اعمال جراحی مرتبط،GIFT ،ZIFT ، IUI ، میکرواینجکشن و IVF** | **000/000/200** | **10%** |
| **5** | **جبران هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل: انواع رادیوگرافی،آنژیوگرافی عروق محیطی،آنژیوگرافی چشم،**  **سونوگرافی،ماموگرافی،انواع اسکن،ام آر آی، پزشکی هسته ای ( شامل:اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)،**  **دانسیتومتری**  **جبران هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل: انواع آندوسکوپی،**  **خدمات تشخیصی قلبی و عروقی(شامل:انواع الکتروکاردیوگرافی،انواع اکوکاردیوگرافی،انواع هولتر مانیتورینگ،تست ورزش،آنالیز پیس میکر،EECP ،تیلت تست)**  **خدمات تشخیصی تنفسی شامل( اسپیرومتری وpft )خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی( EMG ، NCV )الکتروانسفالو گرافی(EEG )خدمات تشخیصی یورودینامیک(نوارمثانه) خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند:اپتومتری،پریمتری،بیومتریو پنتاکم،شنوایی سنجی( انواع ادیومتری-بادی باکس- اوزون تراپی)** | **000/000/600** | **10%** |
| **جبران هزینه پاراکلینیکی گروه سوم شامل: انواع خدمات آزمایشهای تشخیص پزشکی( پاتولوژی و ژنیتک پزشکی،به استثناء چکاپ، تست های آلرژیک)** |
| **جبران هزینه پاراکلینیکی گروه چهارم شامل: تست های غربالگری جنین(مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین)** |
| **جبران هزینه های پاراکلینیکی گروه پنج شامل : فیزیوتراپی(PT)گفتار درمانی (ST)کاردرمانی( OT)** |
| **6** | **جبران هزینه های اعمال مجاز سرپائی مانند شکستگی و دررفتگی،گچ گیری،ختنه،بخیه،کرایوتراپی،اکسیزیون لیپوم،بیوپسی،تخلیه کیست و لیزردرمانی ( به استثناء‌زیبایی ) تزریق بین مفاصل ، تزریق PRP- اوزون تراپی و پانسمان** | **000/000/300** | **10%** |
| **7** | **جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی،دوربینی، آستیکمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم 3 دیوپتریا بیشتر باشد.( سقف تعهدات برای دو چشم )** | **000/000/400** | **10%** |
| **8** | **حداکثر تعهدات گروه هزینه های ویزیت و دارو ( بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور ) وخدمات اورژانس در موارد غیربستری ، پلاویکس، داورهای خارجی ،‌داورهای مکمل و تقویتی** | **000/000/100**  **( شناور )** | **10%** |
| **9** | **جبران هزینه های سرپایی و بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه(باستثنا اعمال زیبایی ) و ایمپلنت ، ارتودنسی ، دست دندان مصنوعی برابر با تعرفه سندیکای بیمه گران** | **000/000/150**  **( شناور )** | **10%** |
| **10** | **جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماس طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست** | **000/000/30** | **10%** |
| **11** | **جبران هزینه مربوط به خرید سمعک با تجویز متخصص گوش(به ازای هر گوش )** | **000/000/100** | **10%** |
| **12** | **جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن** | **000/000/500** | **10%** |
| **13** | **هزینه تهیه اروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد.و کمک وسایل پزشکی** | **000/000/500** | **10%** |
| **14** | **هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیص- درمانی طبق دستور پزشک معالج داخل شهر** | **000/000/100** | **10%** |
| **15** | **هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیص- درمانی طبق دستور پزشک معالج خارج شهر** | **000/000/100** | **10%** |