

فرم تعهدات طرح بیمه تکمیلی

ردیف	شرح هزینه ها	طرح ارائه شده
1	هزینه های بیمارستان، جراحی عمومی، بستری و	1/500/000/000
2	هزینه آمبولانس داخل شهری و بیرون شهری	50/000/000
3	اعمال جراحی تخصصی	2/000/000/000
4	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	200/000/000
5	هزینه های پاراکلینیکی گروه 1 شامل.....	70/000/000
6	هزینه های پاراکلینیکی گروه 2 شامل.....	70/000/000
7	هزینه های پاراکلینیکی گروه 3 شامل.....	70/000/000
8	هزینه های پاراکلینیکی گروه 5 شامل (توان بخشی)	50/000/000
9	هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی	50/000/000
10	جبران هزینه ویزیت - دارو	50/000/000
11	دندانپزشکی	100/000/000
12	جبران هزینه عینک طبی لنز تماسی	20/000/000
13	جبران هزینه مربوط به رفع عیوب انکساری	150/000/000
14	جبران هزینه مربوط به خرید سمعک	100/000/000
15	هزینه خرید اوروتوز	50/000/000
حق بیمه ماهانه به ازای هر نفر 11/000/000 ریال با فرانشیز 10%		