**میزان تعهدات بیمه گر 1400 -1401**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام تعهدات** | **پوشش الف** **( بدون دندان ) ریال** | **پوشش ب** **( با دندان )** **ریال** | **فرانشیز**  |
| 1 | **هزینه اعمال جراحی اصلی – مغز و اعصاب مرکزی و نخاع ، گامانایف ، قلب ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان و جراحی سرطان**  | **000/000/200** | **000/000/300** | 10% |
| 2 | **هزینه های بستری ، جراحی ، شیمی درمانی ( بستری و سرپائی ) ، رادیوتراپی ، دیسک ستون فقرات ،آنژیوگرافی قلب ، ، نواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care تبصره : اعمال جراحی Day Care به جراحی هائی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعداز عمل در مراکز درمانی کمتر از یک روز باشد.** | **000/000/150** | **000/000/200** | 10% |
| 3 | **هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین**  | **000/000/35** | **000/000/50** | 10% |
| 4 | **پاراکلینیکی شامل : انواع سونوگرافی ، ماموگرافی ، انواع اسکن ، انواع آندوسکوپی،MRI،اکوکاردیوگرافی ، استرس اکو، دانسیتومتری ، انواع آنژیوگرافی ( به جز چشم و قلب )**  | **000/000/40** | **000/000/70** | 10% |
| 5 | **هزینه های مربوط به تست ورزش ، تست آلرژی ، تست تنفسی (اسپیرومتریPFT)– نوار عضله (EMG)- نوار عصب(NCV)– نوار مغز(EEG)– نوار مثانه ( سیستومتری یا سیستوگرام )– شنوائی سنجی – بینائی سنجی – کار درمانی –گفتار درمانی -آنژیوگرافی چشم و هولتر مانیتورینگ قلب**  | 10% |
| 6 | **هزینه خدمات آزمایشگاهی ( به غیر از چکاپ) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی ، غربالگری ، آزمایشات کرونا ،پاتولوژی ، آسیب شناسی ، ژنتیک پزشکی ، انواع رادیوگرافی ، نوار قلب و فیزیوتراپی(حد اکثر 20 جلسه)** | 10% |
| 7 | **جراحی های مجاز سرپائی شامل : شکستگی و دررفتگی – گچ گیری – ختنه – بخیه – کرایوتراپی – اکسیزیون لیپوم- بیوپسی – تزریق داخل مفاصل - تخلیه کیست ،لیزر درمانی ( به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم )** | **000/000/10** | **000/000/10** | 10% |
| 8 | **کلیه هزینه های درمان نازائی و ناباروری ( هزینه تشخیصی ، درمانی و داروئی ) و اعمال جراحی مرتبط ، IUI ، ZIFT ، GIFT ، میکرواینجکشن و IVFو...** | **000/000/30** | **000/000/50** | 10% |
| 9 | **هزینه دندانپزشکی از قبیل کشیدن ،پرکردن ،جرم گیری ،عصب کشی ،جراحی،ایمپلنت و روکش دندان ،جراحی لثه ، روت کانال، ارتودنسی و پروتز ثابت و متحرک به استثنای دست دندان مصنوعی** | **-** | **000/000/30****(برای هر نفر )** | 10% |
| 10 | **لیزیک چشم(راست و چپ) و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجهت نزدیک بینی ، دوربینی ، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینائی هر چشم ( درجه نزدیک بینی یا دور بینی به علاوه نصف آستیگمات) 3 دیوپتر یا بیشتر باشد**  | **000/000/20** | **000/000/40** | 10% |
| 11 | **ویزیت کلیه پزشکان عمومی،متخصص و فوق تخصص و کارشناسان ارشد پروانه دار** | **000/000/3** | **000/000/6** | 10% |
| **حق بیمه ماهانه بسته الف ( بدون تعهد دندانپزشکی ) با احتساب مالیات بر ارزش افزوده مبلغ : 460/301/1 ریال** **با احتساب 50 % پرداختی دانشگاه صرفاً برای بیمه شده اصلی و همسر برای هر نفر مبلغ : 730/650 ریال**  |
| **حق بیمه ماهانه بسته ب (با تعهد دندانپزشکی ) با احتساب مالیات بر ارزش افزوده مبلغ : 334/346/2 ریال** **با احتساب 50 % پرداختی دانشگاه صرفاً برای بیمه شده اصلی و همسر برای هر نفر مبلغ : 167/173/1 ریال**  |

\*50 % حق بیمه پرداختی از طرف دانشگاه شامل کارکنان طرحی و پزشک خانواده ، ضریب **Kو شرکتی**نمیشود.

\*برای افراد تبعه غیر تحت تکفل فرانشیز 20 درصد محاسبه خواهد شد.