

طرح تکمیل درمان ۱۴۰۱ اتحادیه کشوری آسانسور و پله برقی			
ردیف	عنوان	طرح ۱ (ریال)	طرح ۲ (ریال)
۱	جبران هزینه های بستری	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	هزینه های اعمالی جراحی تخصصی	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	هزینه زایمان (طبیعی، سزارین)	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	هزینه های پاراکلینیک گروه اول: هزینه سونوگرافی، سونو فربالگری، ماموگرافی انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو انواع آنژیوگرافی (بجز چشم و قلب) هزینه های پزشکی هسته ای سی تی آنژیوگراف، پنتاکم، فوندسکو کانواسکن، انتروپپون، پاکمتری و تمام تست های بینایی سنجی ICG، HRT، IOL master انواع آندوسکوپی با یا بدون بیهوشی.	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	هزینه های پاراکلینیک گروه دوم: تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپرومتری) نوار عقله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوار مثانه (سیستومتری با سیستوگرام) شنوایی سنجی، بینایی سنجی، آنژیوگرافی چشمجبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیصی پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و زنتیک پزشکی انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی هولترمانیتورینگ قلب تست خواب دانستومتری، بادی باکس، تیلت پلتیسموگرافی، ارگواسپرومتری رینو مانومتری، پرونگوگرافی و تست متاکولین (PFT).	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۶	هزینه های پاراکلینیک گروه سوم: پرداخت هزینه های مربوط به ختنه گردیدگی، شکستگی، در رفتگی و گچ گیری پرداخت هزینه های بقیه پرداخت هزینه تزریق IVIG SMART PLUG پرداخت هزینه تزریق داخل مفاصل خدمات اوزانس درمواد غیر بستری پرداخت هزینه های پانسمان و سایر خدمات مشابه	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم (دو چشم)	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	اتاق خصوصی و همراه والدین غیر تحت تکفل	دارد	دارد
۹	مشاوره روانپزشکی	فاقد پوشش می باشد	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	جبران هزینه های مربوط به دندان پزشکی (به استثنای ایمپلنت و ارتودنسی)	فاقد پوشش می باشد	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	ارایه پوشش هزینه های مربوط به درمان، نازایی و نابروزی	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۳	جبران هزینه های ویزیت، دارو	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۴	جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماس طبی	فاقد پوشش می باشد	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۵	هزینه تشخیص بیماری ها و ناهنجاری های جنین	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۶	پرداخت داروهای خارجی و مکمل	دارد	دارد
۱۷	فیزیوتراپی، گفتاردرمانی، کاردرمانی	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۸	هزینه آمبولاس داخل شهری	۴,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۹	هزینه آمبولاس برون شهری	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
	حق بیمه ماهیانه برای هر نفر به ریال	۱,۵۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰



دیگر مزایای طرح درمان تکمیلی مخصوص صنعت آسانسور کشور

نداشتن دوره انتظار

پرداخت داروهای خارجی و مکمل

اتاق خصوصی و همراه

امکان ثبت نام پدر و مادر تحت تکفل

امکان ثبت نام پدر و مادر غیر تحت تکفل با ۵۰ درصد اضافه نرخ

پرداخت هزینه های درمان در سراسر کشور

پرداخت آنلاین با ارائه کارت ملی در مراکز طرف قرارداد در سراسر کشور

امکان پرداخت اقساطی در ۴ قسط: ۲۵ درصد نقد هنگام ثبت نام الباقی در ۳ فقره چک ۱۴۰۱/۰۲/۰۱ و ۱۴۰۱/۰۳/۰۱ و ۱۴۰۱/۰۴/۰۱

در زمان ثبت نام ارائه اصل و کپی شناسنامه سرپرست الزامی است

زمان ثبت نام تا ۳۰ بهمن ماه ۱۴۰۰

ثبت نام سرپرست همراه همسر و فرزندان زیر ۱۸ سال الزامی است.

شروع بیمه ۱۴۰۰/۱۲/۰۱

جهت ثبت نام و اطلاعات بیشتر با شماره های

واتس آپ ۰۹۳۳۹۰۳۰۳۲

تلفن: تهران ۰۲۱۶۶۵۵۹۶۴۸

آدرس: تهران خیابان ستارخان روبروی پاتریس پلاک ۱۶۸ طبقه سوم واحد ۵

