

تعهدات خدمات بیمه درمان تکمیلی (بیمه دانا) در سال ۱۳۹۷

ردیف	نوع تعهدات	طرح الف ریال	طرح ب ریال	طرح ج ریال
۱	جبران هزینه های درمانی و بیمارستانی و اعمال جراحی مانند آنژیوگرافی قلب، هزینه عمل دیسک ستون فقرات ،گامانایف و انواع سنگ شکن ،شیمی درمانی به شرط بستری، رادیوتراپی.	۱۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۹۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	جبران هزینه شش عمل جراحی مهم شامل: قلب، مغز و اعصاب، مغز استخوان، گامانایف ، پیوند کلیه، پیوند ریه، پیوند کبد	۲۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین (کورتاژ تخلیه ای)	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	هزینه های پاراکلینیکی (۱): انواع اسکن، سی تی اسکن، ماموگرافی، سونوگرافی، رادیوتراپی، ام آر آی، انواع آندوسکوپی و اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری.	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰
۵	هزینه های پاراکلینیکی (۲): شامل تست ورزش، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه ، آنژیوگرافی چشم ،تست آلرژی،تست تنفس (پالس اکسیمتری ،بادی باکس ، DLCO، شنوایی سنجی و بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب و هولتر مانیتورینگ فشار	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰
۶	هزینه جراحیهای مجاز سرپایی مانند شکستگیها،دررفتگی،گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم،بیوبسی ، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰
۷	هزینه مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که درجه نقص بینایی هر چشم سه دیوپتر یا بیشتر باشد برای هر چشم	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰
۸	هزینه خدمات آزمایش(بجز چکاپ) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی ،پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی،رادیوگرافی ،نوار قلب،فیزیوتراپی و تزریق در مفصل ، تزریق در ضایعه	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰
۹	جبران هزینه های مربوط به ویزیت و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری هر نفر	۵,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۰
۱۰	جبران هزینه های آمبولانس داخلی شهری	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰
۱۱	جبران هزینه های آمبولانس داخلی برون شهری	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	جبران هزینه های دندانپزشکی (به استثناء ایمپلنت و ارتودنسی و دندان مصنوعی) هر نفر	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰
۱۳	جبران هزینه های مربوط به نازایی و ناباروری	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۴	جبران هزینه های مربوط به خرید عینک و لنز طبی (هر دو سال یکبار با تجویز پزشک متخصص)	۲,۵۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰
۱۵	جبران هزینه های مربوط به ناهنجاریهای جنین از سقف پاراکلینیکی ۱	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰

حق بیمه هر نفر ماهانه برای طرح الف: ۷۹۸,۰۰۰ ریال

حق بیمه هر نفر ماهانه برای طرح ب: ۵۹۸,۰۰۰ ریال

حق بیمه هر نفر ماهانه برای طرح ج: ۴۷۵,۰۰۰ ریال

* در صورت پرداخت نقدی، قیمتهای فوق مشمول ۱۰ درصد تخفیف خواهد شد.

** حق بیمه عمر و حادثه ۴۰۵,۴۸۰ ریال برای یکسال و برای بیمه شده اصلی که به حق بیمه فرد اضافه خواهد شد.