	بسمه تعالی **دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز** **تفاهم نامه بیمه درمان تکمیلی**	**تاریخ :** **شماره :** **صفحه :**

جدول تعهدات مورد درخواستی برای طرح نقره ای و برای سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲

ردیف	شرح تعهدات	حق بیمه – ریال طرح ب		
۱	هزینه های اعمال جراحی و بستری در بیمارستان به استثناء زایمان	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰		
۲	جبران هزینه ۶ عمل جراحی مهم	۸۰۰/۰۰۰/۰۰۰		
۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	۱۴۰/۰۰۰/۰۰۰		
۴	هزینه های درمان نازایی و ناباروری	از محل بند۳		
۵	هزینه های پاراکلینیکی(۱)	۶۰/۰۰۰/۰۰۰		
۶	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	۳۰/۰۰۰/۰۰۰		
۷	هزینه جراحی های مجاز سرپایی	۳۰/۰۰۰/۰۰۰		
۸	هزینه های انواع آزمایش	۳۰/۰۰۰/۰۰۰		
۹	هزینه رفع عیوب انکساری چشم (برای هر چشم)	۳۰/۰۰۰/۰۰۰		
۱۰	دندانپزشکی	۴۰/۰۰۰/۰۰۰		
۱۱	عینک	۱۵/۰۰۰/۰۰۰		
۱۲	هزینه ویزیت ودارو وتزریقات	۲۰/۰۰۰/۰۰۰		
۱۳	مازاد بر سقف بیماران خاص و صعب العلاج	۱۵ نفر		
جمع حق بیمه ماهانه برای هر بیمه شده **(فاقد مالیات ارزش افزوده می باشد)**				
		ریال		

در رابطه مازاد برسقف بیماران خاص و برای هر سه طرح حداکثر ۱۵ نفر و بر حسب سقف تعهدات طرح نقره ای پرداخت خواهد شد . اگر نفرات معرفی شده عضو طرح های طلایی الف و یا ب باشند ، برای نفرات فوق نیز تا سقف ۴۰۰ میلیون ریال مازاد بر سقف خودشان در صورت ارائه مدارک ، قابل پرداخت می باشد.

مهر و امضای نماینده قانونی بیمه گذار	مهر و امضای مسئول امور مالی بیمه گذار	مهر و امضای مسئول امور قراردادها	مهر و امضای مجاز و تعهد آور بیمه گر	مهر و امضای کارگزار رسمی بیمه