



طرح‌های درمان تکمیلی مدیران و کارشناسان کنترل کیفیت و مسئولین فنی

(پيرو تفاهم‌نامه شرکت پردازش بنیان شهر با بیمه پارسیان)



نوع تعهد		طرح ۱ (ریال)			طرح ۲ (ریال)			طرح ۳ (ریال)			طرح ۴ (ریال)			طرح ویژه (ریال)	
سقف تعهد سالانه	فرانشیز ۳۰٪	فرانشیز خدمات دندانپزشکی ۳۰٪ و سایر پوشش‌ها ۲۰٪	سقف تعهد سالانه	فرانشیز ۳۰٪	فرانشیز خدمات دندانپزشکی ۳۰٪ و سایر پوشش‌ها ۲۰٪	سقف تعهد سالانه	فرانشیز ۳۰٪	فرانشیز خدمات دندانپزشکی ۳۰٪ و سایر پوشش‌ها ۲۰٪	سقف تعهد سالانه	فرانشیز ۳۰٪	فرانشیز خدمات دندانپزشکی ۳۰٪ و سایر پوشش‌ها ۲۰٪	سقف تعهد سالانه	فرانشیز ۳۰٪	فرانشیز خدمات دندانپزشکی ۳۰٪ و سایر پوشش‌ها ۲۰٪	سقف تعهد سالانه
بیمارستانی	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰		۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰		۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰		۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰		۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰		۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰		۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰		۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
اعمال جراحی تخصصی	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰		۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰		۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰		۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰		۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰		۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰		۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰		۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
زایمان	۸۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
نازایی	۵۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
پاراکلینیکی نوع یک	۳۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
پاراکلینیکی نوع دو	۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
پاراکلینیکی نوع سه (آزمایش به جز ژنتیک و غربالگری)	۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
ویزیت و دارو	۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
خدمات دندان پزشکی	۳۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
رفع عیوب انکساری هر چشم	۵۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
اعمال مجاز سربایی	۲۵,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
هزینه آمبولانس شهری	۱۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
هزینه آمبولانس بین شهری	۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
حق بیمه سالانه برای سن ۱۶ تا ۴۵	۹۴,۵۲۰,۰۰۰	۸۳,۷۲۰,۰۰۰		۱۱۴,۹۲۰,۰۰۰	۱۰۱,۷۲۰,۰۰۰		۱۱۴,۹۲۰,۰۰۰	۱۰۱,۷۲۰,۰۰۰		۱۱۴,۹۲۰,۰۰۰	۱۰۱,۷۲۰,۰۰۰		۱۱۴,۹۲۰,۰۰۰	۱۰۱,۷۲۰,۰۰۰	۲۱۸,۳۰۰,۰۰۰
حق بیمه سالانه برای سن ۴۶ تا ۶۰	۱۳۸,۹۲۰,۰۰۰	۱۲۲,۷۲۰,۰۰۰		۱۶۹,۵۲۰,۰۰۰	۱۴۹,۷۲۰,۰۰۰		۱۶۹,۵۲۰,۰۰۰	۱۴۹,۷۲۰,۰۰۰		۱۶۹,۵۲۰,۰۰۰	۱۴۹,۷۲۰,۰۰۰		۱۶۹,۵۲۰,۰۰۰	۱۴۹,۷۲۰,۰۰۰	۳۲۰,۳۰۰,۰۰۰

جهت دریافت اطلاعات تکمیلی، از طریق دکمه طرح مورد نظر، اطلاعات خود را وارد نمایید تا همکاران ما با شما تماس حاصل نمایند.