

BEWELL INTERAMERICAN

Ιατρικές επισκέψεις & Διαγνωστικές εξετάσεις

Το πρόγραμμα καλύπτει πανελλαδικώς επισκέψεις σε ιατρούς, ιατρικές πράξεις και διαγνωστικές εξετάσεις, λόγω ασθένειας και ατυχήματος

Ιατρικές επισκέψεις ανά ασφαλιστική περίοδο

Περιγραφή καλύψεων	Αθηναϊκή & Medifirst με συμμετοχή	Δίκτυο Υγείας Interamerican με flex συμμετοχή	Δίκτυο Υγείας Interamerican με συμμετοχή	Δίκτυο Υγείας Interamerican χωρίς συμμετοχή
Σύνολο Επισκέψεων σε ιατρούς όλων των ειδικοτήτων	8	12-έως 2 ετών 10 άνω των 3 ετών	8	Απεριόριστες
Συμμετοχή στις επισκέψεις σε ιατρούς όλων των ειδικοτήτων στα πολυϊατρεία Medifirst & στην Αθηναϊκή Κλινική	€10/επίσκεψη	€10/επίσκεψη	€10/επίσκεψη	Χωρίς συμμετοχή
Συμμετοχή στις επισκέψεις σε ιατρούς ειδικοτήτας Γενικής Ιατρικής στα πολυϊατρεία Medifirst & στην Αθηναϊκή Κλινική	Καμία συμμετοχή	Καμία συμμετοχή	Καμία συμμετοχή	Καμία συμμετοχή
Ανώτατο ποσό κάλυψης για επισκέψεις σε ιατρούς όλο των ειδικοτήτων στο Δίκτυο Υγείας Interamerican	0	€15/επίσκεψη	€50/επίσκεψη	Καμία συμμετοχή
Ανώτατο ποσό κάλυψης για επισκέψεις σε ιατρούς ειδικοτήτων που δεν υπάρχουν στο Δίκτυο Υγείας Interamerican ή σε κατάργηση συνεργασίας του Δικτύου Υγείας	€50/επίσκεψη	€50/επίσκεψη	€50/επίσκεψη	Καμία συμμετοχή
Ανώτατο ποσό κάλυψης για επισκέψεις σε ιατρούς, λόγω επείγοντος περσοτατικού σε νομούς που δεν υπάρχει Δίκτυο Υγείας Interamerican	0	€50/επίσκεψη	€50/επίσκεψη	Καμία συμμετοχή
Επισκέψεις σε Βελονιστές & Ομοιοπαθητικούς	0	0	6	6
Ανώτατο ποσό κάλυψης για επισκέψεις σε ιατρούς όλων των ειδικοτήτων εκτός Δικτύου Interamerican	0	€50/επίσκεψη	€50/επίσκεψη	€500/ασφαλιστική περίοδο

Διαγνωστικές εξετάσεις ανά ασφαλιστική περίοδο

Περιγραφή καλύψεων	Αθηναϊκή & Medifirst με συμμετοχή	Δίκτυο Υγείας Interamerican με flex συμμετοχή	Δίκτυο Υγείας Interamerican με συμμετοχή	Δίκτυο Υγείας Interamerican χωρίς συμμετοχή
Διαγνωστικές εξετάσεις	Απεριόριστες	Απεριόριστες	Απεριόριστες	Απεριόριστες
Συμμετοχή στις διαγνωστικές εξετάσεις στα πολυϊατρεία Medifirst ή και στην Αθηναϊκή Κλινική ανά διαγνωστική εξέταση	10%	10%	10%	Χωρίς συμμετοχή
Συμμετοχή στις διαγνωστικές εξετάσεις στο δίκτυο Υγείας Interamerican	0	15%	10%	Χωρίς συμμετοχή
Για Διαγνωστικές εξετάσεις που δεν μπορούν (α) να πραγματοποιηθούν στο Δίκτυο Υγείας (β) λόγω επείγοντος περιστατικού σε νομούς που δεν υπάρχει Δίκτυο Υγείας ή (γ) σε περίπτωση κατάργηση του Δικτύου Υγείας	0	€ 500	€ 500	Χωρίς συμμετοχή
Ανώτατο ποσό κάλυψης για Διαγνωστικές εξετάσεις εκτός Δικτύου Υγείας Interamerican	0			€ 1,000