

## جدول تعهدات بیمه درمان تکمیلی سال ۱۴۰۰ - طرح برنزی

**" شامل: بیمه درمان تکمیلی + بیمه عمر و حوادث "**

ردیف	شرح تعهدات (فراشیز کلیه بند ها ۱۰ %)	سقف تعهدات طرح برنزی (ریال)
۱	جبران هزینه های بستری جراحی (عمومی، تخصصی)، انواع سنگ شکن، شیمی درمانی، رادیوتراپی، گامانایف و آنژیوگرافی قلب (عمومی و تخصصی) در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CARE. هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالای ۷۰ سال در بیمارستان ها	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	جبران هزینه های اعمال جراحی مربوط به سرطان مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثناء دیسک ستون فقرات) گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و قلب	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	جبران هزینه های درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جرای مرتبط، IVF, GIFT, ZIFT, IUI، میکرواینجکشن	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	جبران هزینه های پاراکلینیکی نوع اول شامل: سونوگرافی (دو بعدی، سه بعدی، چهار بعدی) (با استثناء غربالگری) ماموگرافی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی، فوندوسکوپی، MRI، رادیوگرافی، رادیولوژی، اکوکاردیوگرافی، اکو داپلر مغزی، سنجش تراکم استخوان، آنژیو اسکن قلب، کایروپراکتیک، استرس اکو و دانسیتومتری، اسکن چشم، پنتاکم، پاک متری، کلونوسکوپی، کولوسکوپی، توپوگرافی، هزینه های پزشکی هسته ای، سیستوسکوپی، اسکوپ	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۶	جبران هزینه های پاراکلینیکی نوع دوم شامل: هزینه مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست گوارش، تست تنفسی، (اسپیرومتری-PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوار مئانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، آنژیوگرافی چشم هولتر مانیتورینگ قلب، هولتر فشار خون، تمپنومتري، مانومتري، اوزون تراپی و PRP، رینوماتومتري، برونکوگرافیو تیلت	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۷	جبران هزینه های پاراکلینیکی نوع سوم شامل: جراحی های مجاز سرپائی: ختنه، جراحی مجاز سرپایی شکستگی و در رفتگی ها، گچ گیری، باز کردن گچ، بیرون آوردن پین، کرایوتراپی، اکسیژن یون، کشیدن ناخن، بخیه و کشیدن بخیه، لیپوم، تخلیه کیست (خارج کردن جسم خارجی)، لیزر درمانی (به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم) بیوپسی مغز و استخوان، تزریق داخل مفصل آوستین و پونکسیون مایع نخاع و کمر، پاپ اسمیر، ارزیابی پیس میکر	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۸	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گردد درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی برای هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف استیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۹	جبران هزینه خدمات آزمایشگاهی (بغیر از چکاب و غربالگری) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، نوار قلب، فیزیو تراپی	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	جبران هزینه های ویزیت دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	جبران هزینه های کلیه خدمات دندانپزشکی (شرح خدمات شامل پرکردن، کشیدن، عصب کشی، ارتودنسی، ایمپلنت، جرمگیری، ترمیم و بروساز، درمان ریشه، جراحی لثه، جراحی نسج نرم و سخت، دست دندان براساس تعرفه های سالیانه سندیکای بیمه گران با هماهنگی شرکت های بیمه)	---
۱۲	جبران هزینه های مربوط به خرید عینک یا لنز تماسی طبی با تجویز پزشک یا اپتومتریست	۳,۰۰۰,۰۰۰
۱۳	جبران هزینه تشخیص بیماری ها و ناهنجاری جنین (سونوگرافی دوبعدی، سه بعدی، چهار بعدی)	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۴	جبران هزینه آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	۲,۰۰۰,۰۰۰
۱۵	جبران هزینه آمبولانس خارج شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	۴,۰۰۰,۰۰۰