

جدول تعهدات بیمه درمان تکمیلی سال ۱۴۰۱ - طرح طلایی

" شامل: بیمه درمان تکمیلی + بیمه عمر و سرمایه گذاری (مکمل بازنشستگی) + بیمه آتش سوزی + بیمه عمر و حوادث "

ردیف	شرح تعهدات (فرانشیز کلیه بند ها ۲۰ %)	سقف تعهدات طرح طلایی (ریال)
۱	جبران هزینه های بستری جراحی (عمومی، تخصصی)، انواع سنگ شکن، شیمی درمانی، رادیوتراپی، گامانایف و آزیوگرافی 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	بدون سقف
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	بدون سقف
۳	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	جبران هزینه های درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جرای مرتبط، IVF، GIFT، ZIFT، IUI و میکرواینجکشن	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
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، آزیو اسکن قلب، استرس اکو و دانسیتومتری، اسکن چشم، پنتاکم، پاک متری، کلونوسکوپی، کولیوسکوپی، توپوگرافی، هزینه های پزشکی هسته ای، سیستوسکوپی، اسکوپ	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
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 مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، آزیوگرافی چشم هولتر مانیوتورینگ قلب، هولتر فشار خون، تمپانومتری، مانومتری، اوزون تراپی، رینومانومتری، برونکوگرافی و تیلت	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	جبران هزینه های پاراکلینیکی نوع سوم شامل: جراحی های مجاز سرپائی: ختنه، جراحی مجاز سرپائی شکستگی و در رفتگی ها، گچ گیری، باز کردن گچ، بیرون آوردن پین، کرایوتراپی، اکسیژن، 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	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گرده 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.	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۹	جبران هزینه خدمات آزمایشگاهی (بغیر از چکاب و غربالگری) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، نوار قلب، فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی، کایروپراکتیک	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
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	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	هزینه های دندان پزشکی شامل کشیدن، ترمیمی، درمان ریشه، جرم گیری و بروساژ، رادیو گرافی تری اپیکال (به استثنای هزینه های مربوط به ارتودنسی، ایمپلنت، دست دندان و اعمال زیبایی) بر اساس تعرفه های سندیکای بیمه گران	۳۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	جبران هزینه های مربوط به خرید عینک یا لنز تماسی طبی با تجویز پزشک و یا اپتومتریست	۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۳	جبران هزینه تشخیص بیماری ها و ناهنجاری جنین (سونوگرافی دوبعدی، سه بعدی، چهار بعدی)	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
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	۶,۰۰۰,۰۰۰
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	۱۰,۰۰۰,۰۰۰