

باسم تعالی

1402/248418

شماره:

1402/03/27

تاریخ:

ندارد

پوست:



طرح طلایی

قرارداد درمان تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ، درمانی شهید بهشتی

ردیف	شرح تعهدات	مبلغ	سقف تعهدات طرح طلایی
1	هزینه های بیمارستانی (تعهد پایه) هزینه های بستری طبی و جراحی ، رادیوتراپی ، هر نوع آنژیوگرافی (بجز چشم) ، انواع سنگ شکن در بیمارستان ، مراکز جراحی محدود و Day Care هزینه همراه افراد کمتر از 10 سال و بالاتر از 70 سال در بیمارستان.	1,500,000,000	
2	هزینه های آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	3,000,000	
3	هزینه های آمبولانس خارج از شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	4,000,000	
4	اعمال جراحی تخصصی شامل : افزایش سقف تعهدات برای شیمی درمانی ، رادیو تراپی ، اعمال جراحی مرتبط با سرطان ، قلب ، مغز ، اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک و ستون فقرات ، گامانایف ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان ، آنژیوپلاستی و کلیه ی اعمال اینترونشنال عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب بند 1).	3,000,000,000	
5	داروهای خوراکی بیماران خاص و صعب العلاج در موارد غیر بستری ، طبق تعریف وزارت محترم بهداشت از محل تعهد اعمال جراحی تخصصی (برای 60 نفر با اعلام کتبی بیمه گزار)	3,000,000,000	

باسمه تعالی

1402/248418

شماره:

1402/03/27

تاریخ:



ندارد

پیوست:

3,000,000,000	مجموع تعهدات بیمه گر بابت تعهدات ردیف های 1 تا 5 جدول حاضر معادل سقف جراحی تخصصی می باشد		
150,000,000	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	زایمان	6
120,000,000	هزینه های درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط و اقدامات درمانی شامل میکرواینجکشن ، UI، IVF.GIFT .ZIFT	نازایی و ناباروری	7
80,000,000	هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند : شکستگی ، در رفتگی ، گچ گیری ، ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی ، اکسیژن لیپوم ، بیوپسی، تخلیه ی کیست ، لیزر درمانی	جراحی های مجاز سرپایی	8
75,000,000	جبران هزینه ویزیت، دارو (بر اساس فهرست دارو های مجاز کشور صرفا مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	ویزیت، دارو و خدمات اورژانس	9
40,000,000	هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی ، جراحی لثه ، ایمپلنت ، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی (به استثناء اعمال زیبایی) - هزینه های دندان پزشکی تا زمانی که تعرفه ای در این خصوص توسط هیات محترم دولت ابلاغ نشده باشد بر اساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت می شود که به صورت سالیانه توسط سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه تنظیم و به شرکت های بیمه گر ابلاغ می نماید .	دندان پزشکی	10
100,000,000	جبران هزینه های رفع عیوب انکساری دو چشم مانند لیزیک ،لازک، PRK، RK، PHAKIC یا کارگذاری رینگ قرنیه یا لنز داخل چشمی و هزینه لنز آرتیزان (طبق فاکتور رسمی و معتبر) - هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دوربینی ، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) 3 دیوپتر یا بیشتر باشد . برای هر چشم نصف سقف مندرج	رفع عیوب انکساری دو چشم	11

1402/248418

شماره:

1402/03/27

تاریخ:



ندارد

پیوست:

20,000,000	هزینه ی خرید اوروتز (طبق تعریف وزارت محترم بهداشت (که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد. (فهرست و تعرفه انواع اوروتز سالیانه توسط سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه تنظیم و ابلاغ می گردد) .	اوروتز	12
30,000,000	جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک (یک یا دو گوش حداکثر تا سقف مندرج و صرفا یک نوبت در هر سال بیمه ای)	سمعک	13
450,000,000	هزینه های پاراکلینیکی گروه 1 شامل : انواع رادیوگرافی ، آنژیوگرافی سرپایی عروق محیطی و چشم ، انواع سونوگرافی ، انواع اسکن ، ام ار ای ، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان ایزوتوپ) دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان)	پاراکلینیک گروه 1	14
	هزینه های پاراکلینیکی گروه 2 شامل : انواع آندوسکوپی ، ERCP ، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل نوار قلب ، انواع اکوکاردیوگرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز پیس میکر ، تیلت تست ، خدمات تشخیصی تنفسی مانند (اسپرومتری و PFT و ...) خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (NCV,EMG) الکتروانسفالوگرافی (EEG) ، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم (مانند اپتومتری ، پریمتری ، بیومتری ، پاکی متری ، پنتاکم و ...) ، خدمات تشخیصی گوش (مانند تمپانومتری ، انواع ادیومتری و ...)	پاراکلینیک گروه 2	15
	هزینه های پاراکلینیکی گروه 3 (آزمایش ها) : خدمات آزمایشگاهی (به استثنای مارکرهای جنینی) ، پاتولوژی ، تستهای آلرژیک ، ژنتیک پزشکی (به استثنای آزمایشات ژنتیک جنین و غربالگری ژنتیک والدین)	پاراکلینیک گروه 3	16
	هزینه های پاراکلینیکی گروه 4 خدمات غربالگری جنینی و تشخیص و درمان ناهنجاری های جنینی شامل : اکوی قلب جنین ، مارکرهای جنینی و آزمایش های ژنتیک جنین	پاراکلینیک گروه 4	17

1402/248418

شماره:

1402/03/27

تاریخ:



ندارد

پیوست:

18	پاراکلینیک گروه 5	هزینه های پاراکلینیکی گروه 5 (توان بخشی) : فیزیوتراپی (PT) ، گفتار درمانی (ST) ، کاردرمانی (OT)
19	عینک	جبران هزینه عینک طبی ، لنز تماسی طبی (صرفاً یک نوبت در هر سال بیمه ای)
20,000,000		
7,100,000		حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان با فرانشیز 10 درصد

توضیحات :

1. در صورت ارائه پوشش برای افراد غیر تحت تکفل ، فرانشیز این گروه از بیمه شدگان 10 درصد بیشتر از سایر بیمه شدگان خواهد بود .
2. دوره انتظار برای تعهد زایمان به مدت 9 ماه از تاریخ شروع پوشش بیمه ای هر یک از بیمه شدگان خواهد بود . که در این دوره بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به هزینه مربوطه نخواهد داشت ، مگر اینکه بیمه شده به صورت متوالی و مستمر قبلاً تحت پوشش بیمه نامه درمان تکمیلی بوده و مستندات آن را به بیمه گر تحویل نماید .
3. انتخاب هر طرح قطعی بوده و پس از انتقال اسامی به سیستم ، امکان تغییر و جابه جایی در طرح ها نمیباشد.
4. در هر خانواده فقط انتخاب یک طرح مجاز است و قاعدتا طرح افراد تبعی مطابق با طرح بیمه شده اصلی میباشد.
5. هر فرد تنها مجاز به انتخاب یک طرح میباشد.
6. با توجه به صدور تنها یک قرارداد با چهار طرح ، انتقال های درون سازمانی و تغییر مراکز تغییری در حق بیمه نخواهد داشت.