

حق بیمه نهایی بیمه درمان تکمیلی طرح ۱ (نقره ای الف)

درمان تکمیلی به ازاء هر نفر در هر ماه مبلغ **۸.۷۹۰.۰۰۰** ریال می باشد. برای همکار ، همسر و فرزندان ماهانه مبلغ **۴.۴۰۰.۰۰۰** ریال یارانه از طرف دانشگاه پرداخت می گردد و حق بیمه قابل پرداخت برای هر بیمه شده مبلغ **۴.۳۹۰.۰۰۰** ریال می باشد. (والدین مبلغ **۸.۷۹۰.۰۰۰** ریال)

حق بیمه نهایی بیمه درمان تکمیلی طرح ۲ (نقره ای ب)

درمان تکمیلی به ازاء هر نفر در هر ماه مبلغ **۱۱.۱۹۰.۰۰۰** ریال می باشد. برای همکار ، همسر و فرزندان ماهانه مبلغ **۴.۴۰۰.۰۰۰** ریال یارانه از طرف دانشگاه پرداخت می گردد و حق بیمه قابل پرداخت برای هر بیمه شده مبلغ **۶.۷۹۰.۰۰۰** ریال می باشد. (والدین مبلغ **۱۱.۱۹۰.۰۰۰** ریال)

حق بیمه نهایی بیمه درمان تکمیلی طرح ۳ (طلایی الف)

درمان تکمیلی به ازاء هر نفر در هر ماه مبلغ **۱۲.۸۰۰.۰۰۰** ریال می باشد. برای همکار ، همسر و فرزندان ماهانه مبلغ **۴.۴۰۰.۰۰۰** ریال یارانه از طرف دانشگاه پرداخت می گردد و حق بیمه قابل پرداخت برای هر بیمه شده مبلغ **۸.۴۰۰.۰۰۰** ریال می باشد. (برای والدین مبلغ **۱۲.۸۰۰.۰۰۰** ریال می باشد)

در طرح طلایی الف هزینه های دندانپزشکی برای یکی از اعضاء شناور می باشد و هزینه داروهای خارجی نیز در صورت تجویز پزشک متخصص و تأیید پزشک معتمد تحت پوشش می باشد.

حق بیمه نهایی بیمه درمان تکمیلی طرح ۴ (طلایی ب)

درمان تکمیلی به ازاء هر نفر در هر ماه مبلغ **۱۴.۹۹۰.۰۰۰** ریال می باشد. برای همکار ، همسر و فرزندان ماهانه مبلغ **۴.۴۰۰.۰۰۰** ریال یارانه از طرف دانشگاه پرداخت می گردد و حق بیمه قابل پرداخت برای هر بیمه شده مبلغ **۱۰.۵۹۰.۰۰۰** ریال می باشد .

(برای والدین مبلغ **۱۴.۹۹۰.۰۰۰** ریال می باشد)

در طرح طلایی (ب) هزینه های دندانپزشکی برای یکی از اعضاء خانواده شناور می باشد و هزینه داروهای خارجی نیز بشرط تجویز پزشک متخصص و تأیید پزشک معتمد بیمه، تحت پوشش بیمه می باشد . همچنین در این طرح ایمپلنت نیز در هزینه های دندانپزشکی پرداخت میگردد و هزینه سمک نیز تا سقف **۱۵۰** میلیون ریال قابل پرداخت می باشد .

ثبت نام بیمه درمان تکمیلی توسط رابطین بیمه هر مرکز انجام میگردد و آخرین مهلت ثبت نام **تا پایان وقت اداری مورخ ۱۴۰۴/۱۱/۱۶** می باشد.

قرارداد بیمه درمان تکمیلی بمدت **۱۲** ماه و از تاریخ **۱۴۰۴/۱۱/۰۱** لغایت **۱۴۰۵/۱۰/۳۰** می باشد.

در زمان **ثبت نام** بیمه درمان تکمیلی به **موارد و شرایط** ذیل توجه شود.

✓ **حق بیمه :**

الف (طرح ۱) نقره ای الف) : حق بیمه ماهانه هر بیمه شده (اصلی و تحت تکفل) در طرح ۱ (طرح نقره ای) مبلغ **۸.۷۹۰.۰۰۰**

ریال می باشد که با توجه به مصوبه هیات رئیسه محترم دانشگاه ، برای همکار ، همسر و فرزندان مبلغ **۴.۴۰۰.۰۰۰** ریال یارانه پرداخت

خواهد شد و حق بیمه نهایی برای طرح نقره ای الف برای والدین مبلغ ۸.۷۹۰.۰۰۰ ریال و برای همکار ، همسر و فرزندان مبلغ ۴.۳۹۰.۰۰۰ ریال ماهانه می باشد .

ب (طرح ۲) نقره ای ب) : حق بیمه ماهانه هر بیمه شده (اصلی و تحت تکفل) در طرح نقره ای ب مبلغ ۱۱.۱۹۰.۰۰۰ ریال می باشد که با توجه به مصوبه هیات رئیسه محترم دانشگاه ، برای همکار ، همسر و فرزندان مبلغ ۴.۴۰۰.۰۰۰ ریال یارانه پرداخت خواهد شد و حق بیمه نهایی برای طرح نقره ای ب برای والدین مبلغ ۱۱.۱۹۰.۰۰۰ ریال و برای همکار ، همسر و فرزندان مبلغ ۶.۷۹۰.۰۰۰ ریال ماهانه می باشد .

ج (طرح ۳) طلایی الف) : حق بیمه ماهانه هر بیمه شده (اصلی و تحت تکفل) در طرح طلایی الف مبلغ ۱۲.۸۰۰.۰۰۰ ریال می باشد که با توجه به مصوبه هیات رئیسه محترم دانشگاه ، برای همکار ، همسر و فرزندان مبلغ ۴.۴۰۰.۰۰۰ ریال یارانه پرداخت خواهد شد و حق بیمه نهایی برای طرح طلایی ب برای والدین مبلغ ۱۲.۸۰۰.۰۰۰ ریال و برای همکار ، همسر و فرزندان مبلغ ۸.۴۰۰.۰۰۰ ریال ماهانه می باشد .

د (طرح ۴) طلایی ب) : حق بیمه ماهانه هر بیمه شده (اصلی و تحت تکفل) در طرح طلایی ب مبلغ ۱۴.۹۹۰.۰۰۰ ریال می باشد که با توجه به مصوبه هیات رئیسه محترم دانشگاه ، برای همکار ، همسر و فرزندان مبلغ ۴.۴۰۰.۰۰۰ ریال یارانه پرداخت خواهد شد و حق بیمه نهایی برای طرح طلایی ب برای والدین مبلغ ۱۴.۹۹۰.۰۰۰ ریال و برای همکار ، همسر و فرزندان مبلغ ۱۰.۵۹۰.۰۰۰ ریال ماهانه می باشد .

هریک از همکاران و افراد تبعی آنان ، فقط می توانند در یکی از طرح های فوق ثبت نام نمایند . (در صورتیکه بیمه شده اصلی در یکی از طرح ها ثبت نام نماید ، افراد تبعی ایشان نیز صرفاً در همان طرح می توانند ثبت نام نمایند) . لازم به توضیح است یارانه فوق صرفاً در صورتیکه حق بیمه از حقوق ماهانه همکار کسر شود اعمال می گردد و سایر همکاران که حق بیمه را شخصاً پرداخت می نمایند ، یارانه قابل اعمال نمی باشد (همکارانیکه در مرخصی هستند و یا بازنشسته می شوند و یا مدت طرح همکار به اتمام می رسد ، بعد از قطع حقوق ، یارانه تعلق نمی گیرد).

مهم : از بین طرح های فوق حداکثر ۳ طرح نهایی انتخاب خواهد شد . نهایی شدن هر یک از طرح های فوق ، منوط به ثبت نام حداقل ۱۰۰۰ نفر بیمه شده در هر طرح می باشد و در صورتیکه هر طرح به حد نصاب نرسد ، ثبت نام کنندگان آن طرح یک هفته مهلت دارند تا طرح جدید خود را مجدداً انتخاب نمایند .

✓ **فرانشیز:** در صورت عدم استفاده از خدمات بیمه گر پایه (تامین اجتماعی - بیمه سلامت) از هزینه های ارائه شده فرانشیز

کسر خواهد شد. فرانشیز هزینه های غیر مشمول بیمه گر اول و هزینه های مربوط به دندانپزشکی و عینک ۲۰ درصد خواهد بود. داشتن بیمه گر اولیه صرفاً برای بیمه شده اصلی الزامی می باشد. (بیمه شده اصلی کارمند رسمی، پیمانی و قراردادی دانشگاه می باشد) و برای افراد تحت تکفل نیز در صورت نداشتن بیمه گر اول ۲۰٪ فرانشیز کسر و هزینه های درمان پرداخت خواهد شد.

✓ **افراد تحت تکفل:** ارائه پوشش بیمه ای برای افراد تحت تکفل شامل: همسر، فرزندان، پدر و مادر بیمه شدگان اصلی

بدون دریافت حق بیمه اضافی خواهد بود. و بیمه شدگان خانم نیز می توانند بدون سرپرست بودن، فرزندان و همسر و پدر و مادر خود را تحت پوشش بیمه قرار دهند. (مبلغ یارانه مصوب هیات رئیسه محترم صرفاً شامل همکار، همسر و فرزندان می شود).

✓ **اعمال تعرفه های پزشکی:** پرداخت هزینه های بیمه شدگان بر مبنای تعرفه مورد تایید وزارت بهداشت و

درمان (شورای عالی بیمه سلامت و یا تعرفه مصوب سندیکای بیمه گران ایران) خواهد بود. لذا همکاران بیمه شده می توانند از مراکز درمانی طرف قرارداد (بیمارستانی، پاراکلینیکی، دندانپزشکی، چشم پزشکی و.....) با شرکت بیمه دی استفاده کنند تا مبلغ مازاد بر تعرفه پرداخت نمایند.

✓ **مراکز درمانی طرف قرارداد شرکت بیمه دی:** شرکت بیمه دی (طرف قرارداد بیمه درمان تکمیلی دانشگاه) در

کلیه شهرها با بیمارستانها و مراکز پاراکلینیکی دارای قرارداد می باشد و بیمه شدگان محترم درمان تکمیلی می توانند صرفاً با ارائه کارت ملی و بدون پرداخت مبلغ، از خدمات درمانی مراکز فوق استفاده نمایند. آخرین لیست مراکز درمانی طرف قرارداد شرکت بیمه دی، در سایت شرکت بیمه دی <https://www.dayins.com> بر حسب استان و شهرستان وجود دارد. (استفاده از خدمات آنلاین، بعد از اتمام ثبت نام و نهایی شدن لیستها و ثبت در سیستم نرم افزار بیمه امکانپذیر خواهد بود).

✓ **مدت قرارداد بیمه درمان تکمیلی:** قرارداد سال قبل در تاریخ ۱۴۰۴/۱۰/۳۰ به اتمام می رسد و قرارداد جدید از تاریخ

۱۴۰۴/۱۱/۰۱ لغایت ۱۴۰۵/۱۰/۳۰ دارای اعتبار می باشد و همکاران می توانند از مراکز درمانی طرف قرارداد شرکت بیمه دی بعد از ثبت لیست ها در سیستم نرم افزار شرکت بیمه دی، استفاده نمایند و تا تاریخ فوق همکاران به استثناء هزینه های بیمارستانی، سایر هزینه ها را می بایست نقداً پرداخت نمایند و مبالغ پرداختی بابت هزینه های درمانی را از تاریخ ۱۴۰۴/۱۲/۱۰ به رابطین خود تحویل نمایند. لذا کلیه متقاضیان محترم که می خواهند از ۱۴۰۴/۱۱/۰۱ بمدت ۱۲ ماه از خدمات بیمه درمان تکمیلی استفاده نمایند، باید نسبت به ثبت نام در مهلت تعیین شده اقدام نمایند.

✓ **تأیید لیست نهایی ثبت نام کنندگان:** بعد از اتمام مهلت ثبت نام، لیست ارسالی از طرف مراکز بعنوان لیست نهایی بوده و به هیچ عنوان امکان ویرایش و حذف و اضافه وجود نخواهد داشت. لذا رابطین محترم قبل از ارسال لیست، بررسیهای لازم را انجام دهند.

✓ **افزایش و کاهش در طول مدت قرارداد:** در طول مدت اعتبار بیمه نامه صرفاً، امکان افزایش و کاهش در موارد مشخص شده ذیل وجود خواهد داشت:

- نفرات قابل اضافه در طول مدت قرارداد: استخدام جدید، تولد نوزاد، ازدواج بیمه شده اصلی، انتقالی از مراکز خارج استان
- نفرات قابل حذف در طول مدت قرارداد: فوت بیمه شده، قطع همکاری بیمه شده با دانشگاه، انتقال به خارج از استان

لازم به توضیح است، در صورتیکه بیمه شده هزینه ای دریافت کرده باشد، در صورت حذف باید تا

پایان قرارداد حق بیمه را پرداخت نماید ولی در صورتیکه هزینه ای دریافت ننموده باشد، در صورت

حذف، حق بیمه از ماه بعد از حذف از بیمه شده دریافت نخواهد شد. (بطور مثال در صورتیکه همکار

در ۱۴۰۵/۰۵/۱۰ بازنشسته شود و هزینه ای دریافت ننموده باشد، در صورت حذف از لیست بیمه، حق

بیمه از ابتداء ماه بعد یعنی ۱۴۰۵/۰۶/۰۱ تا پایان قرارداد دریافت نخواهد شد و صرفاً حق بیمه تا پایان

۱۴۰۵/۰۵/۳۱ از بیمه شده اخذ خواهد شد.)

مهم: با توجه به توضیح بالا همکاران محترمی که در طول قرارداد بازنشسته خواهند شد و یا طرح آنان به اتمام خواهد رسید

به موضوع فوق توجه نمایند. هریک از مراکز متعهد به پرداخت حق بیمه لیست ارسالی خود تا پایان قرارداد می باشند لذا در

صورت قطع همکاری با هریک از پرسنل خود، می بایست از دفتر بیمه دانشگاه در رابطه با بدهی همکار استعلام نمایند و در

زمان تسویه حساب، حق بیمه های مربوطه را تا پایان قرارداد از حقوق و مزایای بیمه شده کسر و در وجه شرکت بیمه پرداخت

نمایند.

✓ **شماره شبا برای واریز هزینه های درمانی:** جهت سهولت در پرداخت هزینه بیمه شدگان، شماره حساب شبا

توسط بیمه گذار ارائه خواهد شد.

✓ **هزینه های دندانپزشکی:** در هزینه های دندانپزشکی در موارد عصب کشی و روکش و ترمیم های بیش از ۳ دندان

(در طول مدت قرارداد) رادیوگرافی قبل و بعد از درمان می بایست ارائه شود.

توجه: در قرارداد سال جدید و در هر چهار طرح، برای والدین بیمه شده هم، خدمات دندانپزشکی ارائه خواهد شد.

✓ **هزینه های فیزیوتراپی و درمان ناروری : برای پرداخت هزینه های درمان ناباروری و فیزیوتراپی ارائه سوابق**

بیمار ضروری می باشد. در هزینه های مربوط به فیزیوتراپی برای بیمه شدگان زیر ۳۰ سال و همچنین برای فیزیوتراپی بیش از ۱۰ جلسه نیاز به MIR می باشد.

✓ **شرط سنی بیمه شدگان : پوشش بیمه برای فرزندان ذکور تا سن ۲۲ سال** تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تا سن ۲۵

سال تمام و برای **دانشجویان پزشکی تا ۲۶ سال** تمام می باشد. در صورت عدم رعایت شرط سنی و ثبت نام افراد غیر مشمول، حق بیمه تا اعلام کتبی به بیمه گراز طرف بیمه شده، غیر قابل عودت بوده و صرفاً برای ماههای آتی حق بیمه دریافت نخواهد شد با توجه به اینکه در زمان ثبت نام الزامی به ارائه مدارک بیمه شدگان (مدارک تحصیلی بیمه شدگان ذکور بالای ۲۲ سال برای کنترل دانشجوی بودن و همچنین شناسنامه بیمه شدگان اناث برای کنترل عدم ازدواج) نمی باشد، صحت ثبت نام با بیمه شده بوده و در صورت اشتباه و عدم رعایت شرایط، حق بیمه ماههای گذشته قابل عودت نمی باشد. در زمان پرداخت هزینه های بیمه شدگان فوق، در صورت درخواست بیمه گر مدارک (گواهی تحصیل و اصل شناسنامه) می بایست ارائه شود. لذا بیمه شدگان محترم می بایست در زمان ثبت نام دقت لازم را داشته باشند.

✓ **ازدواج بیمه شده تحت تکفل : بیمه شدگان اناث می توانند تا تاریخ ازدواج و بدون شرط سنی تحت پوشش بیمه قرار**

گیرند. از روز ازدواج، بیمه شده از لیست بیمه حذف خواهد شد و **در صورت دریافت هزینه، حق بیمه تا پایان قرارداد می بایست در وجه شرکت بیمه پرداخت شود ولی در صورتیکه هزینه دریافت ننموده باشد، حق بیمه از ماه بعد از ازدواج دریافت نخواهد شد.**

✓ **بیمه درمان تکمیلی نیروهای طرحی : با توجه به تقاضای نیروهای طرحی جهت ثبت نام در بیمه درمان تکمیلی، امکان**

بیمه نمودن نیروهای فوق بشرط ذیل فراهم گردیده است :

الف) تعهد پرداخت حق بیمه تا پایان قرارداد با واحد ثبت نام کننده می باشد. در صورت اتمام یا قطع طرح نیروهای فوق و بشرط عدم دریافت هزینه درمانی، صرفاً با اعلام کتبی مرکز ثبت نام کننده و انضمام حکم کارگزینی قطع همکاری، از ابتدای ماه بعد، حق بیمه از بیمه شده دریافت نخواهد شد. لذا رابطین محترم رفاهی و امور مالی هر واحد قبل از ارائه تسویه حساب با نیروی های طرحی، نسبت به وصول حق بیمه ها تا پایان قرارداد اقدام و در صورت لزوم، از دفتر بیمه دانشگاه مفاصا حساب بیمه دریافت نمایند.

ب) پیشنهاد میگردد جهت جلوگیری از مشکلات احتمالی وصول حق بیمه نیروهای طرحی، در زمان ثبت نام ۱ فقره چک بابت کل

حق بیمه به تاریخ ۱۴۰۵/۰۶/۳۱ در وجه شرکت بیمه دی دریافت و تحویل کارگزار بیمه گردیده و رسید اخذ گردد. (صرفاً چک صیادی و بشرط ثبت در سیستم بانکی مورد قبول می باشد) تا در صورت قطع همکاری نیروی طرح و عدم پرداخت حق بیمه،

مبلغ باقیمانده حق بیمه از مبلغ چک وصول گردد. (تحت هر شرایطی تعهد پرداخت حق بیمه تا پایان قرارداد با مرکز ثبت نام کننده می باشد) .

✓ **مهلت تحویل مدارک هزینه :** بیمه شدگان متعهد می گردند حداکثر ظرف مدت ۵ ماه در طول اعتبار قرارداد و حداکثر

۱ ماه بعد از انقضای قرارداد نسبت به تحویل مدارک هزینه اقدام نماید (هزینه های دندانپزشکی ، عینک و ویزیت و

قیضیوتراپی حداکثر تا ۵ روز بعد از اتمام قرارداد قابل ارائه می باشد و بعد از تاریخ فوق از طرف شرکت بیمه پذیرفته

نخواهد شد) . لذا بیمه شدگان محترم سعی نمایند از مراکز طرف قرارداد شرکت بیمه بدون پرداخت وجه استفاده نمایند ولی

در صورت پرداخت نقدی ، مستندات مربوطه را در اسرع وقت به رابطین بیمه تحویل نمایند.

✓ **نحوه حذف بیمه شده :** بیمه شدگان در صورت قطع همکاری با دانشگاه علوم پزشکی می بایست ظرف مدت ۳۰ روز

به کارگزار و مشاور بیمه دانشگاه اعلام نمایند و در صورتیکه تا آن تاریخ هزینه ای دریافت ننموده باشند حق بیمه از ابتداء ماه

بعد وصول نخواهد شد و در صورت دریافت هزینه، حق بیمه تا پایان اعتبار قرارداد می بایست در وجه شرکت بیمه پرداخت

شود. ملاک عمل تاریخ دبیرخانه شرکت بیمه یا دفتر کارگزاری برای وصول نامه می باشد.

✓ **همکارانی که از تاریخ اول اسفند ماه ۱۴۰۴ به بعد بازنشسته می شوند می توانند در بیمه درمان تکمیلی ثبت نام نمایند و تا**

پایان قرارداد از مزایای بیمه درمان استفاده نمایند . این همکاران می بایست تا پایان قرارداد حق بیمه خود را در وجه شرکت بیمه

پرداخت نمایند و وصول حق بیمه همکاران فوق بعهد مرکز مربوطه می باشد که می توانند در زمان تسویه حساب ، حق بیمه

ماهای بعد از بازنشستگی را از آخرین حقوق همکار کسر نمایند و یا از دفتر کارگزار بیمه دانشگاه ، رسید تسویه حق بیمه را

دریافت نمایند . (همکار به دفتر کارگزاری مراجعه و حق بیمه خود را تسویه نماید) . لذا در زمان ثبت نام همکارانی که در طول

قرارداد بازنشسته می شوند و یا همکارانیکه مدت طرح آنان در طول مدت قرارداد به اتمام می رسد ، به موضوع فوق توجه نمایند.

مجدداً یادآوری می شود که یارانه دانشگاه صرفاً تا زمان دریافت حقوق ماهانه امکانپذیر می باشد و بعد قطع حقوق ،

کل حق بیمه توسط خود بیمه شده می بایست پرداخت گردد .

طرح طلایی نسبت به طرح های نقره ای بشرح ذیل دارای مزیت می باشد:

۱- تعهد شرکت بیمه در دندانپزشکی برای یکی از اعضای خانواده شناور می باشد. همچنین هزینه ایمپلنت و سمک هم

در طرح طلایی ب جزو تعهدات شرکت بیمه می باشد.

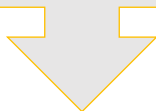
۲- در بخش دارو ، داروهای خارجی نیز به شرط تأیید پزشک معتمد به تعهد شرکت بیمه اضافه شده است . (در طرح های

نقره ای داروهای خارجی پرداخت نمی گردد و دندانپزشکی هم شناور نمی باشد).

مهم : بیمه گر می تواند در صورت نیاز برای تأیید هزینه های پزشکی ، بیمه شده را به پزشک معتمد خود معرفی نماید .

پرداخت هزینه پزشک معتمد بعهده بیمه گر می باشد .

صورت ریز تعهدات شرکت بیمه در طول مدت قرارداد بشرح جدول می باشد.



ردیف	نوع تعهدات	توضیحات
۱	پرداخت هزینه های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی(به استثناء زایمان)	حداکثر سقف تعهدات سالانه بابت جبران هزینه های بستری در بیمارستان و مراکز جراحی محدود day care) ، آنژیوگرافی قلب ، هزینه های عمل دیسک ، ستون فقرات و انواع سنگ شکن ، بیرون آوردن تومورهای خوش خیم و بد خیم ، شیمی درمانی (بستری سرپائی و داروئی در مطب و بیمارستان) ، کورتاژ تخلیه ایی با تشخیص پزشک ، جراحی فک و بینی (بشرطی که عمل زیبایی نباشد) هزینه پیوند اعضا مصنوعی و انواع پروتز ، تعویض مفصل و هزینه های جانبی آن ، پرداخت هزینه های دارو و درمان بیماریهای خاص و صعب العلاج (شامل انواع سرطان و شیمی درمانی بستری و سرپایی، MS و داروی MS ، بیماریهای نوروپاتی ، پارکینسون، پسروریزیس، کتونومی ، ایدز و سوختگی) و بیماریهای ضعف عصب و عضله (از جمله MLS. ALS ، پلی میوزیت، سندرم دوشن و...) و بیماریهای اوزون تراپی و اتوایمن (از جمله آرتریت روماتوئید، لوپوس، پمفیگوس و...)، بای پس معده و جذاحی اسلیو معده ، ترزریق سلول بنیادی و جبران هزینه داروهای کولیت معده ، روده و رماتیسیم ، بیماریهای اعصاب و روانو روان پریشی ، هزینه آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک. هزینه همراه بیماران کمتر از ۱۰ سال و بیشتر از ۷۰ سال
۲	جبران هزینه ۶ عمل جراحی مهم	شامل اعمال جراحی سرطان ، قلب ، گامانایف ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (بااستثناء دیسک ستون فقرات) و پیوند کلیه ، کبد ، ریه ، و مغزاستخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخلی مغز، جبران هزینه های تخصصی برای شیمی درمانی (تعهدات این بند با احتساب بند ۱ میباشد)
۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	شامل هزینه زایمان طبیعی ، زودرس و عمل سزارین (به دستور پزشک و یادخواست مادر)
۴	هزینه های درمان نازایی ناباروری	مانند لاپاراسکوپی تشخیصی ، درمانی، میکرواینجکشن، IVF ، IUI ، GIFT ، ZIFT ، TTSC و کلیه هزینه های داروئی مربوط به نازایی (مانند HCG .THMG به استثناء داروهای ویتامینی و مکمل) ، اعمال جراحی مرتبط نازایی
۵	هزینه های پاراکلینیکی(۱)	انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، انواع اسکن و سی تی اسکن، ماموگرافی، انواع سونوگرافی واندوسونوگرافی، انواع MRI ، انواع اکو کاردیوگرافی، هولتر مانیتورینگ قلب، انواع رادیوتراپی، رادیولوژی، انواع آندوسکوپی (سیستو سکوپي، سینوسکپی، کلونوسکپی، رکتوسکوپي و ...)، پاپ اسمیر، لیزردرمانی و کاردرمانی و گفتاردرمانی، سنجش تراکم استخوان، فیزیوتراپی، اودیومتری، تمپانومتري، اپتومتري، پریمتری چشم، تست ژنتیک، اسپیرومتری، دانسیتومتري، خدمات مکمل در اقدامات تشخیص پزشکی هسته ای و طب هسته ای، FNA تیروئید و سینه و نوروفیدبک تست ورزش آنالیز پیس میکر، EECP ، تیلت تست، نوار قلب جنین، تزریق داخل ضایعه بجز زیبایی

۶	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	شامل انواع تست ، نوار قلب ، نوار عضله ، نوارعصب ، نوار مغز ، نوار مٹانه، تست ارودینامیک، ادیوترابی، پاکیمتری، مانومتري، آنژیوگرافي و توپوگرافي چشم، پلتیسموگرافي، پنتاکم، OCT، HRT، ICG، تزریق MOG، تزریق IVIG، تزریق BCG ، نوار چشم، رینوسکوپي، رینو مانومتري انواع بیوپسي، استوگرافي، تست آمینوسنتز، تست تنفسي، بینایی سنجی
۷	هزینه جراحی های مجاز سرپایی	مانند شکستگی ها، گچ گیری و گچ برداری ، ختنه ، بخیه ، جا اندازی در رفتگی و آتل بندی ، الکترو کوتر ، کرایوترابی، اکسیژون لیوم ، تخلیه کیست ، شستشوی گوش ، لیزر درمانی (با استثناء رفع عیوب دید چشم) ، بیرون آوردن جسم خارجی از نسج نرم، برداشتن میخچه، جراحی ناخن، درمان خونریزی بینی، شالازیون و هوردیلوم چشم، بیوپسي (کلیه هزینه های بستری سرپایی به استثناء اعمال غیر مجاز در مطب) ، بیماران خاص شامل (بیماریهای هموفیلی، تالاسمی ماژور، دیالیز مزمن و پیوند کلیه)
۸	هزینه های آزمایش	جبران انواع خدمات آزمایش های تشخیصی پزشکی ، تست های آلرژیک ، جبران هزینه تستهای غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین و ناهنجاری های جنین
۹	هزینه رفع عیوب انکساری چشم	شامل : انواع لنز ، عینک و عدسی چنانچه نقص بینائی هر چشم به تشخیص پزشک بیمه شده سه دیوپتر و یا بیشتر باشد. تأیید پزشک معتمد بیمه قبل از عمل لیزیک ضروری است. (برای هر چشم)
۱۰	دندانپزشکی	کشیدن ، جرم گیری، بروساز، ترمیم، پرکردن، درمان ریشه و روکش در طرح طلايي ب ایمپلنت هم وجود دارد .
۱۱	عینک	(انواع لنز، عینک، عدسی)
۱۲	ویزیت و دارو	هزینه کلیه ویزیت‌های مربوط به پزشکان عمومی و تخصصی و فوق تخصص طبق تعرفه و هزینه های داروهای درمانی (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول)

خلاصه تفاوت طرح های درمان تکمیلی

نوع طرح و شرح موضوع	شناور بودن دندان	ایمپلنت	داروهای خارجی	سمعک
طرح نقره ای - الف	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد
طرح نقره ای - ب	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد
طرح طلايي - الف	✓	ندارد	✓	ندارد
طرح طلايي - ب	✓	✓	✓	✓

جدول تعهدات شرکت بیمه برای طرح ۴ طرح و برای سال ۱۴۰۴-۱۴۰۵

ردیف	شرح تعهدات	طرح نقره ای الف	طرح نقره ای ب	طرح طلایی الف	طرح طلایی ب
۱	هزینه های اعمال جراحی	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۸۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	جبران هزینه ۶ عمل جراحی مهم	۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱/۶۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۴	هزینه های درمان نازایی و ناباروری	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۵	هزینه های پاراکلینیکی (۱)	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۶۰/۰۰۰/۰۰۰
۶	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	۳۵/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۸۰/۰۰۰/۰۰۰
۷	هزینه جراحی های مجاز سرپایی	۳۵/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۸۰/۰۰۰/۰۰۰
۸	هزینه های انواع آزمایش	۳۵/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۸۰/۰۰۰/۰۰۰
۹	هزینه رفع عیوب انکساری چشم	۳۵/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۸۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۰	دندانپزشکی	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۸۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۱	عینک	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۶/۰۰۰/۰۰۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۲	هزینه ویزیت و دارو و تزریقات	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
	حق بیمه ماهانه هر بیمه شده والدین	۸.۷۹۰.۰۰۰	۱۱.۱۹۰.۰۰۰	۱۲.۸۰۰.۰۰۰	۱۴.۹۹۰.۰۰۰
	حق بیمه بیمه شده اصلی ، همسر و فرزندان	۴.۳۹۰.۰۰۰	۶.۷۹۰.۰۰۰	۸.۴۰۰.۰۰۰	۱۰.۵۹۰.۰۰۰

