

جدول شماره ۱

جدول طرح‌ها و تعهدات اصلی					
ردیف	عنوان پوشش	شرح	سقف تعهدات (نفر-ریال)		
			سطح ۱	سطح ۲	سطح ۳
۱	بستری، جراحی‌های عمومی	جبران هزینه‌های بستری و جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care تبصره: اعمال جراحی Day Care به جراحی‌هایی اطلاق می‌شود که مدت‌زمان موردنیاز برای مراقبت‌های بعد از عمل در مرکز درمانی، کمتر از یک روز باشد. هزینه همراه افراد زیر ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستان‌ها)	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۲	اعمال جراحی‌های تخصصی	جبران هزینه‌های اعمال جراحی مهم مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان، شیمی درمانی، رادیوتراپی و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب ردیف ۱)	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۳	آمبولانس	انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۴	زایمان	هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیص قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری PFT)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی، هدایت عصبی (EMG-NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	پارا کلینیکی گروه اول	اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی‌ها، دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن‌یون لیپوم، بیوبسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (باستثنای عیوب انکساری دید چشم)	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۶	پارا کلینیکی گروه دوم	هزینه‌های آمبولانس مشروط به بستری شدن درون شهری	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۷	اعمال مجاز سرپایی	انتقال با آمبولانس بین شهری	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۸	خدمات آزمایش‌های تشخیصی-پزشکی	لیزیک و جبران هزینه‌های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا با جمع قدر مطلق نقص بینایی(درجه نزدیک بینی یا دوربینی به‌علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۹	رفع عیوب انکساری چشم چپ	جبران هزینه‌های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی و آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی چشم چپ ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	رفع عیوب انکساری چشم راست	جبران هزینه‌های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی و آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی چشم راست ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰

جدول شماره ۲

حق بیمه ماهیانه طرح‌ها برای بازه سنی ۰ تا ۶۰ سال تمام (نفر - ریال)				
ردیف	بازه تعدادی هر گروه	سطح ۱	سطح ۲	سطح ۳
۱	نفر ۱۰-۴۹	۷,۷۵۰,۰۰۰	۱۰,۶۶۷,۰۰۰	۱۶,۰۸۴,۰۰۰
۲	نفر ۵۰-۱۵۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۹,۵۸۴,۰۰۰	۱۴,۵۰۰,۰۰۰
۳	نفر ۱۵۱-۳۰۰	۶,۵۸۴,۰۰۰	۹,۰۸۴,۰۰۰	۱۳,۶۶۷,۰۰۰



جدول شماره ۳

جدول طرح‌ها و تعهدات اختیاری					
ردیف	عنوان پوشش	شرح	سقف تعهدات (نفر-ریال)		
			سطح ۱	سطح ۲	سطح ۳
۱	غربالگری جنین	جبران هزینه‌های تست‌های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۲	ویزیت، دارو و خدمات اورژانس	جبران هزینه‌های ویزیت و دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور ، صرفاً مازاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس (غیر بستری)	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵,۰۰۰,۰۰۰
۳	دندانپزشکی	هزینه‌های سرپایی یا بستری خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه (به‌جز ایمپلنت، ارتودنسی، دندان مصنوعی و موارد زیبایی)	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	درمان نازایی و ناباروری	هزینه‌های درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط IVF، IUI، ZIFT، GIFT، میکرو اینجکشن و	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۵	سمعک (دوگوش)	جبران هزینه خرید سمعک (دو گوش)	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۶	عینک و لنز طبی	جبران هزینه خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	فیزیوتراپی و توان بخشی	جبران هزینه‌های فیزیوتراپی (PT)، گفتاردرمانی (ST)، کاردرمانی (OT)	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰

جدول شماره ۴

حق بیمه ماهیانه طرح‌ها برای بازه سنی ۶۰ تا ۶۰ سال تمام (نفر-ریال)				
ردیف	بازه تعدادی هر گروه	سطح ۱	سطح ۲	سطح ۳
۱	نفر ۱۰-۴۹	۹,۵۸۴,۰۰۰	۱۱,۹۱۷,۰۰۰	۱۵,۰۸۴,۰۰۰
۲	نفر ۵۰-۱۵۰	۸,۶۷۰,۰۰۰	۱۰,۷۵۰,۰۰۰	۱۳,۵۸۴,۰۰۰
۳	نفر ۱۵۱-۳۰۰	۸,۱۶۷,۰۰۰	۱۰,۱۶۷,۰۰۰	۱۲,۸۳۴,۰۰۰

جدول نحوه صدور
* ارائه پوشش به گروه‌های زیر ۵۰ نفر منوط به تکمیل پرسشنامه سلامت و ارزیابی پزشکی می‌باشد. * جهت گروه‌های ۵۰ نفر و بالاتر باید ۱۰۰٪ افراد لیست بیمه‌گر پایه متقاضی اخذ پوشش بیمه درمان تکمیلی باشند. * منظور از تعداد گروه، مجموع نفرات کل بیمه‌شدگان قرارداد اعم از اصلی و فرعی می‌باشد. نحوه اخذ پوشش‌های اختیاری به شکل زیر بیمه‌گذاران هر یک از طرح‌ها را می‌توانند با پرداخت حق بیمه‌های اضافی مطابق جدول شماره ۴ نسبت به افزودن پوشش‌های اختیاری به بیمه‌نامه‌های خود اقدام نمایند: ۱- بیمه‌گزاردانی که طرح سطح ۱ را خریداری نموده‌اند، صرفاً می‌توانند در کنار طرح اصلی خود، پوشش اختیاری سطح ۱ را انتخاب نمایند. ۲- بیمه‌گزاردانی که طرح سطح ۲ را خریداری نموده‌اند، می‌توانند در کنار طرح اصلی بیمه‌نامه خود یکی از دو سطح ۱ و ۲ پوشش‌های اختیاری را انتخاب نمایند. ۳- بیمه‌گزاردانی که طرح سطح ۳ را خریداری نموده‌اند، به تبع آن می‌توانند هر یک از سه سطوح پوشش‌های اختیاری را که مدنظر داشته باشند در کنار طرح اصلی بیمه‌نامه خود انتخاب نمایند. * هر گروه باید کارگاهی واحد صرفاً مجاز به خرید یک طرح می‌باشد. همچنین بر همین اساس امکان این که افرادی از یک گروه در کنار طرح اصلی بیمه‌نامه پوشش اختیاری اخذ نمایند و افراد دیگری در همان گروه بدون پوشش اختیاری انتخاب کنند، وجود ندارد. اضافه نرخ سنی: حق بیمه‌های جداول شماره ۳ و ۴ در خصوص بازه سنی صفر تا ۶۰ سال تمام می‌باشد و برای بیمه‌شدگان با سنین بالاتر، اضافه نرخ سنی به شرح ذیل اعمال خواهد شد: برای بیمه‌شدگانی که در بازه سنی ۶۱ تا ۷۰ سال تمام قرار دارند، معادل ۵۰٪ اضافه نرخ و جهت افرادی که بازه سنی آن‌ها بین ۷۱ تا ۷۵ سال تمام باشد، ۱۰۰٪ اضافه نرخ اعمال می‌گردد. دوران انتظار: دوره انتظار بیماری‌های مزمن ۳ ماه و دوره انتظار زایمان و جراحی‌های مرتبط با درمان نازایی و ناباروری ۹ ماه می‌باشد. در صورتی که گروه متقاضیان این بیمه‌نامه‌ها، به صورت انفرادی یا خانواده و گروهی سابقه پوشش درمان تکمیلی نزد دیگر شرکت‌های بیمه داشته باشند، در صورت ارائه لیست مهرشده برای گروه (و یا اخذ نامه مهر و امضاء شده در سربرگ برای بیمه‌نامه‌های انفرادی یا خانواده) از ستاد یا شعبه شرکت بیمه‌گر قبل منوط به قید مشخصات کامل بیمه‌شدگان (بیمه شده) و بازه زمانی پوشش بیمه درمان تکمیلی ایشان، دوره انتظار بیمه‌نامه درمان تکمیلی آن‌ها نزد شرکت بیمه سامان حذف می‌گردد.

