

جدول سقف تعهدات درمانی (قرارداد ۱۴۰۴-۱۴۰۵)

| شرح | فرانشیز و سقف تعهدات | شرایط و مدارک مورد نیاز |
|-------------------|--|--|
| ویزیت پزشک | <ul style="list-style-type: none"> ▪ هزینه ویزیت پزشک با کسر ۱۰ درصد فرانشیز | <ul style="list-style-type: none"> ▪ اصل نسخه به همراه مهر پزشک و درج مبلغ ویزیت یا ارائه گواهی تاریخ دار با ذکر نام بیمار ممهور به مهر از سوی پزشک مربوطه و درج مبلغ ویزیت دریافتی ▪ در صورت مراجعه بیمه شده به کلینیک و یا درمانگاه متعلق به بیمارستان: رسید صندوق ممهور به مهر پزشک معالج مرکز یا مهر صندوق و مبلغ دریافتی ▪ نسخ الکترونیک به همراه قبض پرداخت ▪ پرداخت هزینه اپتومتریست و چشم پزشک متخصص در یک روز غیر قابل پرداخت است. ▪ نوشتن مبلغ ویزیت توسط همکاران قابل قبول نمی‌باشد. |
| دارو | <ul style="list-style-type: none"> ▪ هزینه کلیه داروهای شیمیایی و گیاهی، داخلی که توسط پزشک معالج تجویز شده باشد و مورد تایید وزارت بهداشت باشد با کسر فرانشیز ۱۰ درصد قابل پرداخت است. ▪ داروهای خارجی که تولید داخلی ندارند با تجویز پزشک معالج مربوطه، تأیید ضرورت مصرف، نام تجاری دارو معادل قیمت داروخانه‌های معتبر از جمله هلال احمر، ۱۳ آبان و ... و کسر فرانشیز ۱۰ درصد در تعهد است. ▪ هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی دارند چنانچه پزشک متخصص مربوطه لزوم مصرف و میزان داروی خارجی را تأیید نماید با اعمال فرانشیز ۱۰ درصد در تعهد است. ▪ در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه، ثبت نسخه به صورت الکترونیک الزامی است. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ نسخه به صورت خوانا و ممهور به مهر پزشک و داروخانه به همراه ریز محاسبات هر قلم دارو و جمع کل آن ▪ ارائه پرینت داروخانه شامل ریز داروها و حق فنی داروخانه ▪ در صورتیکه داروها بصورت آزاد خریداری شده باشد، بارگزاری اصل نسخه الزامی است. ▪ در صورت استفاده از داروی خارجی، درج علت و مدت درمان توسط پزشک متخصص در نسخه الزامی است. ▪ پرداخت دارو برای هر نوبت حداکثر به مدت ۳ ماه تحت پوشش بیمه است. ▪ هزینه داروهای هورمون رشد با تجویز پزشک متخصص غدد و ارائه رادیوگرافی مچ دست، جوابیه آزمایش‌های اولیه مربوط به بررسی کمبود هورمون رشد و نمودار رشد با تأییدیه پزشک معتمد بیمه، قابل پرداخت است. ▪ هزینه نوار تست قندخون برای بیماران دیابتی در صورتی که پزشک متخصص معالج تعداد مصرف روزانه آن را تأیید نماید حداکثر تا ۱۰۰ عدد در ماه قابل پرداخت می‌باشد. ▪ اخذ تأییدیه بیمه قبل از تهیه داروهای بیش از ۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال از مراکز طرف قرارداد الزامی است. ▪ هزینه واکسن‌ها قابل پرداخت نیست. ▪ پرداخت واکسن گارداسیل صرفاً در صورت مثبت بودن آزمایش HPV و دستور پزشک معالج متخصص مربوطه قابل پرداخت می‌باشد... ▪ جهت پرداخت هزینه اسپری نیواشا (برای بهبود زخم بستر)، تأییدیه پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز می‌باشد. ▪ در صورت ارائه گواهی پزشک متخصص مبنی بر مصرف دارو برای مدت یک سال، تجویز مجدد نسخه برای دوره‌های سه ماهه توسط پزشکان عمومی بلامانع است. (در زمان بارگذاری نسخه پزشک عمومی، نسخه اولیه پزشک متخصص نیز می‌بایست بارگذاری شود) |

جدول سقف تعهدات درمانی (قرارداد ۱۴۰۴-۱۴۰۵)

| شرح | فرانشیز و سقف تعهدات | شرایط و مدارک مورد نیاز |
|-------------------------------|--|--|
| دارو مکمل | <ul style="list-style-type: none"> ▪ داروهای مکمل صرفاً با جنبه درمانی و ارائه مستندات پزشکی و با کسر ۱۰ درصد فرانشیز | <ul style="list-style-type: none"> ▪ داروهای مکمل صرفاً در صورت ارائه مستندات پزشکی (جواب آزمایش، سونوگرافی و ...) با تجویز پزشک متخصص مربوطه مبنی بر ضرورت استفاده قابل پرداخت است. ▪ داروهای مکمل ایرانی شامل ویتامین های A، C، D و E با تجویز پزشک متخصص قابل پرداخت می باشد. ▪ داروهای مکمل برای کودکان زیر ۷ سال با تجویز پزشک متخصص اطفال، غدد، آسم و آلرژی قابل پرداخت است. ▪ داروهای مکمل غضروف ساز، گلوکزامین و کلاژن ساز به شرط سن بالای ۵۰ سال با تجویز پزشک متخصص (ارتوپدی، روماتولوژی و یا مغز و اعصاب) و زیر سن ۵۰ سال با تجویز پزشک متخصص (ارتوپدی، قابل بررسی و پرداخت می باشد. ▪ داروهای مکمل تخصصی جهت درمان نازایی و ناباروری به شرط تجویز توسط پزشک متخصص مربوطه (متخصص ارولوژی و یا متخصص زنان و زایمان) با ارائه مستندات مربوط به درمان ناباروری، قابل پرداخت است. ▪ داروهای تقویتی صرفاً با جنبه درمانی و با ارائه تصویر نسخه با مهر متخصص مربوطه و گواهی پزشک متخصص به همراه مستندات پزشکی (آزمایش و ...) قابل پرداخت است. ▪ اخذ تأییدیه بیمه قبل از تهیه داروهای مکمل از مراکز طرف قرارداد، الزامی است. |
| دارو بیماران خاص و صعب العلاج | <ul style="list-style-type: none"> ▪ پرداخت هزینه های دارویی بیماران خاص بدون کسر فرانشیز | <ul style="list-style-type: none"> ▪ اصل نسخه به همراه مهر پزشک متخصص مربوطه (آنکولوژی-روماتولوژی) و سایر مدارک پزشکی مربوطه هزینه داروی شیمی درمانی تزریقی با ارائه گواهی تزریق (کموتراپی) به همراه نسخه دارویی (ممهور به مهر پزشک متخصص و داروخانه) قابل پرداخت می باشد. ▪ جهت تهیه دارو از برخی مراکز طرف قرارداد (همانند ۱۳ آبان و ...) و داروهای بیش از ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال اخذ تأییدیه از شرکت بیمه ▪ پوشک بزرگسال صرفاً برای بیماران خاص و صعب العلاج، با ارائه مستندات لازم مبنی بر لزوم استفاده و تأیید پزشک معتمد بیمه، تا سقف مبلغ ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال در ماه |
| ملزومات دارویی | <ul style="list-style-type: none"> ▪ کسر ۱۰ درصد فرانشیز | <ul style="list-style-type: none"> ▪ هزینه حق فنی داروخانه و ملزومات دارویی شامل سرنگ، آب مقطر، اسکالپ وین، ست سرم، آنژیوکت، میکروست سرنگ انسولین و تجهیزات مصرفی مطابق با تعداد تجویز شده در نسخه قابل پرداخت است. |

جدول سقف تعهدات درمانی (قرارداد ۱۴۰۴-۱۴۰۵)

| شرح | فرانشیز و سقف تعهدات | شرایط و مدارک مورد نیاز |
|---|---|--|
| داروهای تقویتی، ویتامینه، مکمل و پوستی | <ul style="list-style-type: none"> ▪ داروهای تقویتی و پوستی صرفاً با جنبه درمانی، تجویز پزشک متخصص و ارائه گواهی و مستندات مربوطه با کسر ۱۰ درصد فرانشیز | <ul style="list-style-type: none"> ▪ پرداخت هزینه‌های داروهای پوستی فقط با جنبه درمانی امکان پذیر بوده و در صورت ضرورت پزشکی با تجویز پزشک متخصص قابل پرداخت است. (داروهای ترکیبی که اقلام آماده آرایشی در آنها استفاده شده خارج از تعهد می‌باشد، مانند کرم‌های لایه بردار، روشن کننده و ضد چروک و ...) ▪ داروهای مربوط به رژیم درمانی (کاهش و افزایش وزن)، داروهای تقویت کننده قوای جنسی، مکمل ورزشی، تقویت حافظه، لوازم آرایشی و بهداشتی کرم‌ها و محلول‌هایی که کاربرد زیبایی دارند، قابل پرداخت نیست. |
| جراحی سرپایی | <ul style="list-style-type: none"> ▪ در مراکز طرف قرارداد و غیرطرف قرارداد با کسر ۱۰ درصد فرانشیز | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ارائه گزارش پاتولوژی بعلاوه سایر مدارک پزشکی مربوطه ▪ دستور پزشک و قبض مهرداد |
| پاراکلینیکی | <ul style="list-style-type: none"> ▪ در مراکز طرف قرارداد و غیرطرف قرارداد با کسر ۱۰ درصد فرانشیز | <ul style="list-style-type: none"> ▪ رادیولوژی، پزشکی هسته‌ای، انواع اسکن، MRI، سونوگرافی، آندوسکوپی، آزمایشگاه و ... با دستور پزشک معالج ▪ هزینه PRP (شامل خونگیری، تهیه و تزریق پلاسمای غنی از پلاکت) در صورتیکه جنبه درمانی داشته باشد و با ارائه مدارک مثبت، تا سقف ۳ جلسه برای هر عضو در طول بیمه نامه قابل پرداخت است. ▪ هزینه اوزون تراپی در صورتیکه جنبه درمانی داشته باشد و با ارائه مدارک مثبت، تا سقف ۳ جلسه برای هر عضو در طول بیمه نامه قابل پرداخت است. ▪ پرداخت هزینه‌های طب سوزنی صرفاً در موارد درمانی، با تجویز پزشک و درج علت و تعداد جلسات مورد نیاز جهت انجام آن و تأیید پزشک معتمد بیمه قابل پرداخت است. ▪ آزمایشات غربالگری اولیه و سونوگرافی آنومالی جنین قابل پرداخت است. (فقط بایستی در جلسات جداگانه انجام شود و در صورتیکه همزمان با هم انجام شود، بیشترین هزینه از سوی بیمه‌گر پرداخت می‌گردد.) ▪ آزمایش NIPT و یا آمینوسنتز در مادران باردار ۳۵ سال و بیشتر با دستور پزشک متخصص زنان و زایمان قابل پرداخت است. ▪ در مادران باردار زیر سن ۳۵ سال ارائه آزمایشات غربالگری اولیه و سونوگرافی آنومالی و گواهی پزشک متخصص زنان و زایمان مبنی بر علت درخواست آزمایش الزامی می‌باشد. ▪ انجام تست خواب با دستور پزشک متخصص مربوطه و درج ضرورت انجام آزمایش، قابل پرداخت است. |

جدول سقف تعهدات درمانی (قرارداد ۱۴۰۴-۱۴۰۵)

| شرایط و مدارک مورد نیاز | فرانشیز و سقف تعهدات | شرح |
|---|---|---------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ درج نوع خدمات، شماره دندان و هزینه در سربرگ دندانپزشک یا کلینیک مربوطه ▪ عکس قبل و بعد از ایمپلنت ▪ هزینه ایمپلنت شامل جراحی و گذاشتن فیکسچر و در نهایت گذاشتن تاج است. ▪ تفکیک هزینه جراحی، کارگزاری فیکسچر و گذاشتن تاج بصورت مجزا توسط دندانپزشک معالج ضروری می‌باشد ▪ اصل رسید پرداختی (اصل برگه پوز بانکی یا رسید کارت به کارت) برای تمامی هزینه‌های ایمپلنت الزامی است. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ تعهدات مربوط به ایمپلنت تا سقف ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای هر نفر بیمه شده بدون کسر فرانشیز | <p>دندانپزشکی (ایمپلنت)</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ درج نوع خدمات، شماره دندان و هزینه در سربرگ دندانپزشک یا کلینیک مربوطه ▪ جهت ترمیم و پر کردن ۵ دندان و روکش ۲ دندان و بیشتر، ارسال گرافی OPG قبل کار و گرافی پایان درمان الزامیست. ▪ جهت درمان ریشه (عصب کشی) ارائه گرافی قبل و عکس تک دندان بعد ▪ برای جرم گیری، کشیدن و پرکردن یک دندان نیاز به عکس نمی‌باشد. ▪ هزینه جراحی و کورتاژ لثه از محل دندانپزشکی پرداخت می‌شود. ▪ جهت پرداخت هزینه‌های درمان بیماری‌های لثه، ارائه پرینت عکس گرفته شده توسط خود بیمار از لثه الزامی است. ▪ برای کودکان تا سن ۱۲ سال کامل و بیمه‌شدگان باردار به شرط ارائه مدارک مورد نیاز، نیاز به ارائه عکس قبل و بعد از انجام خدمات نیست. ▪ جهت کشیدن بیش از ۲ واحد دندان به صورت همزمان ارائه گرافی بعد از درمان الزامی است. ▪ برای خدمات دندانپزشکی (غیر از موارد ایمپلنت) از سوی بیمه البرز، سقف روزانه ۱۶۰ میلیون ریال در مراکز طرف قرارداد در نظر گرفته می‌شود و همکاران امکان استفاده تا سقف ۵۰۰ میلیون ریالی را در چند روز متوالی خواهند داشت. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ برای مجموع خانوار تا سقف مبلغ ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال | <p>دندانپزشکی (به غیر از ایمپلنت)</p> |

جدول سقف تعهدات درمانی (قرارداد ۱۴۰۴-۱۴۰۵)

| شرایط و مدارک مورد نیاز | فرانشیز و سقف تعهدات | شرح |
|---|---|----------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ هزینه ویزیت در زمان انجام اقدامات دندانپزشکی (بطور همزمان) غیر قابل پرداخت می باشد. ▪ اصل رسید پرداختی (اصل برگه پوز بانکی یا رسید کارت به کارت) برای تمامی هزینه های دندانپزشکی الزامی است. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ ارائه فاکتور بابت مبلغ کل هزینه درمان ارتودنسی دریافت شده توسط پزشک معالج ▪ قید اقساط پرداختی در نسخه (گواهی اقساط پرداختی به پزشک) ▪ مشخص بودن مدت زمان انجام درمان ارتودنسی در نسخه (شروع و پایان) ▪ ارائه گرافی لترال سفالومتری+ فتوگرافی اولیه ▪ ارائه گرافی OPG همراه با براکت یا ارسال پرینت عکس دندانها با براکت (عکس گرفته شده توسط خود بیمار)؛ منظور از دندان براکت شده، دندان سیم کشی شده است. ▪ حداکثر زمان شروع درمان ارتودنسی، حداکثر ۲ سال (۲ بیمه نامه) قبل از بیمه نامه جاری مورد قبول است. ▪ اصل رسید پرداختی (اصل برگه پوز بانکی یا رسید کارت به کارت) برای تمامی هزینه های ارتودنسی الزامی است. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ از سقف دندانپزشکی خانواده قابل پرداخت است. | هزینه ارتودنسی |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ با تجویز پزشک معالج ▪ گرافی قبل از درمان ▪ فتوگرافی پروتزها بعد از درمان ▪ تأیید پزشک معتمد بیمه ▪ اصل رسید پرداختی (اصل برگه پوز بانکی یا رسید کارت به کارت) برای تمامی هزینه های ساخت و تعمیر دندان مصنوعی الزامی است. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ هزینه ساخت و تعمیر دندان مصنوعی تا سقف ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای هر فک قابل پرداخت می باشد. | ساخت و تعمیر دندان مصنوعی |

جدول سقف تعهدات درمانی (قرارداد ۱۴۰۴-۱۴۰۵)

| شرایط و مدارک مورد نیاز | فرانشیز و سقف تعهدات | شرح |
|---|---|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ صورتحساب و قبض‌های بیمارستان ▪ گواهی پزشک و صورتحساب پزشکان ▪ ریز داروها + لوازم مصرفی اتاق عمل + ریز آزمایشات با ارائه صورتحساب بیمارستان ▪ متفرقه‌ها (در سربرگ آنها چیزی نوشته نشده است.) ▪ گزارش عمل / شرح عمل یا ریز بیماری ▪ برگ بیهوشی ▪ خلاصه پرونده ▪ کپی کارت ملی بیمار ▪ در صورت انجام هرگونه آزمایش و... نیاز به ارائه کپی جواب مربوطه است. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ هزینه‌های بیمارستانی شامل اعمال جراحی - درمان طبی و زایمان اعم از زودرس، طبیعی و سزارین و هزینه بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه نظیر ICU، CCU و ... با کسر ۱۰ درصد فرانشیز | <p>بیمارستانی</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ در صورت خرید پروتز و وسایل پزشکی ضمیمه نمودن اصل فاکتور خرید معتبر ممه‌ور به مهر و تایید مصرف آن توسط پزشک و الصاق LABEL بر روی برگه گزارش جراحی و مهر اتاق عمل الزامی است. ▪ هزینه‌های دارویی و لوازم مصرفی که در صورتحساب بیمارستان نیست، با ارائه مستندات پرداخت می‌شود. ▪ هزینه‌های مربوط به تجهیزات و دستگاه‌هایی که در طول بستری برای بیمار استفاده می‌گردد (مانند پمپ درد، دستگاه اکسیژن، دستگاه رفع زردی کودکان و ...)، CSR با دستور پزشک و ارائه صورتحساب مراکز مذکور قابل پرداخت است. ▪ هزینه‌های مربوط به شستشوی زخم، ماسک با شیلنگ، سرنگ، نخ بخیه، ست سرم، گان و شان، و کیوم، دستکش، پک جراحی و ... با ارائه صورتحساب بیمارستان قابل پرداخت است. ▪ هزینه‌های مربوط به کارشناس، ماما، پزشک، روان‌پزشک و ... که تحت عنوان ویزیت در طول مدت بستری انجام می‌شود، با دستور پزشک معالج و ارائه صورتحساب بیمارستان قابل پرداخت است ▪ مدارک خارج از تعهد همراه با شماره نامه از بیمارستان طرف قرارداد بیمه البرز و تاریخ ارسال به بیمه، جهت پرداخت لازم است. ▪ هزینه‌های پرستاری در منزل بیماران خاص تحت پوشش شرکت بیمه‌گر نیست. ▪ هزینه خدمات بهداشتی همراه و خدمات بیمارستانی مانند کیف بهداشتی، در تعهد پرداخت بیمه نمی‌باشد. | | |

جدول سقف تعهدات درمانی (قرارداد ۱۴۰۴-۱۴۰۵)

| شرح | فرانشیز و سقف تعهدات | شرایط و مدارک مورد نیاز |
|------------------------------------|--|--|
| اتاق خصوصی و ایزوله | <ul style="list-style-type: none"> ▪ کسر فرانشیز مطابق شرایط خاص | <ul style="list-style-type: none"> ▪ هزینه اتاق خصوصی مطابق با تعرفه نرخ اتاق دو تخته مصوب وزارت بهداشت و درمان در همان سال محاسبه و پرداخت می‌گردد. ▪ هزینه اتاق ایزوله با تجویز پزشک معالج مبنی بر لزوم بستری در بخش ایزوله و مستندات پزشکی مرتبط با کسر فرانشیز قابل پرداخت است. ▪ اتاق VIP تحت پوشش قرارداد نمی‌باشد. |
| هزینه جراحی برای رفع عیوب مادرزادی | <ul style="list-style-type: none"> ▪ کسر فرانشیز مطابق شرایط خاص | <ul style="list-style-type: none"> ▪ امور مربوط به جراحی زیبایی تحت پوشش قرارداد نمی‌باشد. ▪ رفع عیوب مادرزادی صرفاً با جنبه درمانی تحت پوشش است. ▪ هزینه‌های بستری جراحی فک صرفاً به علت وجود تومور، وقوع حادثه یا رفع عیوب مادرزادی با ارائه مستندات پزشکی و تأیید پزشک معتمد بیمه، از محل هزینه بستری قابل پرداخت است. |
| ناباروری و نازایی | <ul style="list-style-type: none"> ▪ پرداخت هزینه‌های درمان نازائی و ناباروری (اولیه و ثانویه) با اعمال ۱۰ درصد فرانشیز | <ul style="list-style-type: none"> ▪ انواع درمان تحت پوشش شامل لاپاراسکوپی درمانی، IVF، IUI، GIFT، ZIFT و ... هزینه‌های دارویی مانند HMG و HCG با ارائه مدارک مثبت ▪ هزینه‌های مربوط به ناباروری (از جمله هزینه‌های تشخیصی، جراحی، درمانی و دارویی) ▪ داروهای مکمل تخصصی به شرط تجویز توسط پزشک متخصص (متخصص ارولوژی و یا متخصص زنان و زایمان) با ارائه مستندات مربوط به درمان ناباروری ▪ هزینه‌های مرتبط با رحم اجاره‌ای و انجماد (فریز) تخمک (صرفاً در موارد درمانی) تا سقف ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال |
| همراه بیمار در بیمارستان | <ul style="list-style-type: none"> ▪ همراه برای بیمار زیر سن ۱۵ سال و افراد بالای ۷۰ سال با کسر ۱۰ درصد فرانشیز | <ul style="list-style-type: none"> ▪ دستور پزشک ▪ در صورت بستری در زمان زایمان، هزینه همراه برای یک شب با کسر فرانشیز ▪ در سایر موارد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد، بیمه الزامی است. |
| هزینه اورژانس بیمارستان | <ul style="list-style-type: none"> ▪ در مراکز طرف قرارداد و غیرطرف قرارداد با کسر ۱۰ درصد فرانشیز | <ul style="list-style-type: none"> ▪ قبض (ممه‌ور به مهر مرکز درمانی) ▪ شرح حال و کپی خلاصه پرونده ▪ صورتحساب بیمار (اصل) شامل ریز تک تک موارد صورتحساب ▪ کپی کارت ملی بیمار و بیمه شده اصلی |

جدول سقف تعهدات درمانی (قرارداد ۱۴۰۴-۱۴۰۵)

| شرح | فرانشیز و سقف تعهدات | شرایط و مدارک مورد نیاز |
|--|---|---|
| آمیولانس (داخل شهری- برون شهری) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ داخل شهری (بین بیمارستان‌ها): تا سقف ۷۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال بدون تعرفه و کسر فرانشیز ▪ برون شهری (بین بیمارستان‌ها): تا سقف ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال بدون تعرفه و کسر فرانشیز | <ul style="list-style-type: none"> ▪ تأیید بیمارستان مبدا ▪ در موارد بین شهری که بیمار در بیمارستان بستری و امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد با تأیید بیمارستان مبدا و یا تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر ▪ هزینه‌های آمیولانس براساس فاکتور ارائه شده، بدون محدودیت تعداد دفعات تا سقف اعلامی پرداخت می‌گردد. |
| پیوند اعضا | <ul style="list-style-type: none"> ▪ پیوندهایی مانند کلیه، کبد، قرنیه، قلب، ریه و ... | <ul style="list-style-type: none"> ▪ مدارک و مستندات بیمارستانی ▪ صورتحساب بیمارستانی ▪ تأییدیه انجمن حمایتی مربوطه ▪ هزینه‌های درمانی دهنده عضو غیر قابل پرداخت می‌باشد. ▪ هزینه خرید کلیه پیوندی با ارائه گواهی انجمن حمایت از بیماران کلیوی، مطابق فاکتور انجمن مزبور و مستندات پزشکی |
| هزینه‌های ناشی از سوختگی از حوادث کاری | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ۱۰٪ هزینه‌ها تا سقف تعرفه‌های نظام پزشکی | <ul style="list-style-type: none"> ▪ بدون اعمال فرانشیز تا پایان دوره درمان در تعهد بیمه‌گر جاری خواهد بود. |
| کاردرمانی و گفتار درمانی | <ul style="list-style-type: none"> ▪ با کسر ۱۰ درصد فرانشیز | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ارائه گواهی و دستور پزشک متخصص مغز و اعصاب و روانپزشک که در آن نام بیماری، طول مدت درمان و تعداد جلسات درج شده باشد. ▪ ارائه گواهی مرکز توانبخشی مبنی بر انجام نوع خدمت به تفکیک تاریخ هر جلسه با درج مبلغ ▪ در صورت نیاز به خدمات بیش از ۶ ماه، ارائه گواهی پزشک معالج از روند سیر بیماری و بهبود بیماری و تأیید پزشک معتمد بیمه (برای کودکان اوتیسم، فلج مغزی و موارد مشابه نیاز به ارائه گواهی مذکور نیست) ▪ هزینه کاردرمانی و گفتار درمانی هر یک حداکثر تا ۳ جلسه در هفته قابل پرداخت می‌باشد. |
| هزینه خدمات روانپزشکی | <ul style="list-style-type: none"> ▪ با کسر ۱۰ درصد فرانشیز | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ارائه گواهی روانپزشک مبنی بر علت مراجعه و تعداد جلسات مورد نیاز ▪ صرفاً هزینه‌های مربوط به اعصاب و روان قابل پرداخت است. ▪ ارائه گواهی مشاوره به تفکیک جلسات و با درج مبلغ ▪ جهت مشاوره بیش از ۱۰ جلسه، تأییدیه پزشک معتمد بیمه‌گر الزامی است. ▪ هزینه‌های مشاوره فردی، خانواده، تحصیلی و ازدواج تحت پوشش نمی‌باشد. |

جدول سقف تعهدات درمانی (قرارداد ۱۴۰۴-۱۴۰۵)

| شرح | فرانشیز و سقف تعهدات | شرایط و مدارک مورد نیاز |
|----------------------------|--|--|
| عمل چشم (لیزیک، لاک و ...) | با کسر ۱۰ درصد فرانشیز | <ul style="list-style-type: none"> ▪ صورتحساب ممهور به مهر پزشک معالج یا مراکز درمانی ▪ دستور پزشک معالج ▪ شرح عمل ▪ گزارش توپوگرافی مهر شده مرکز و پزشک معالج ▪ گزارش اپتومتری بدون محدودیت نمره چشم ▪ ریز دارو و لوازم مصرفی ممهور به مهر مرکز ▪ لیزر تراپی جهت درمان بیماری‌های چشم (شامل خونریزی شبکیه، جداشدگی شبکیه، قوز قرنیه و ...) |
| عینک طبی / لنز تماسی طبی | بدون اعمال تعرفه، بدون کسر فرانشیز و تا سقف مبلغ ۴۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ارائه دستور پزشک متخصص، ممهور به مهر چشم پزشک و یا ارائه تجویز اپتومتریست به همراه برگه اپتومتری (تعیین نمره چشم) ▪ ارائه فاکتور معتبر خرید عینک (شیشه و فریم)، دارای سربرگ و آدرس و شماره تلفن، ممهور به مهر مرکز مربوطه ▪ هزینه لنز طبی از سقف عینک بدون تعرفه و کسر فرانشیز قابل پرداخت است. ▪ پرداخت هزینه اپتومتریست و پزشک متخصص در یک روز، غیرقابل پرداخت می‌باشد. ▪ اصل رسید پرداختی (اصل برگه پوز بانکی) برای هزینه‌های عینک یا لنز تماسی طبی الزامی است. |
| سمعک | هزینه سمعک و وسایل کمک شنوایی (یک یا دو گوش) حداکثر تا سقف ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و بدون کسر فرانشیز | <ul style="list-style-type: none"> ▪ دستور پزشک متخصص گوش، حلق و بینی ▪ نتیجه گزارش شنوایی سنجی (ادیومتری) ▪ تصویر فاکتور رسمی از مرکز فروش سمعک (مراکز معتبر تجهیزات پزشکی) ممهور به مهر مرکز شنوایی سنجی و ادیولوژیست و دارای کد اقتصادی معتبر (فاکتور چاپی مورد تأیید است و اطلاعات فاکتور نمی‌بایست به صورت دستی نوشته شود) ▪ ارائه کارت گارانتی (درج تاریخ اعتبار) مطابق مدل سمعک مندرج در فاکتور ▪ تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر ▪ اصل رسید پرداختی (اصل برگه پوز بانکی یا رسید کارت به کارت) برای هزینه سمعک و وسایل کمک شنوایی الزامی است. |

جدول سقف تعهدات درمانی (قرارداد ۱۴۰۴-۱۴۰۵)

| شرح | فرانشیز و سقف تعهدات | شرایط و مدارک مورد نیاز |
|---|--|--|
| <p>فیزیوتراپی</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ با کسر ۱۰ درصد فرانشیز | <ul style="list-style-type: none"> ▪ دستور پزشک ممهور به مهر پزشک متخصص (ارتوپد، روماتولوژی، جراح عمومی، مغز و اعصاب) همراه با ذکر نوع بیماری تشخیص داده شده و نوع درمان لازم و همچنین تعداد جلسات مورد نیاز و ناحیه تحت درمان ▪ در دستور پزشک، نوع فیزیوتراپی (منوآل، لیزرتراپی و ...) ذکر گردد. ▪ ارائه گواهی مرکز فیزیوتراپی با درج نوع اقدام در هر جلسه، مبلغ به تفکیک جلسات و تاریخ و ممهور به مهر و امضای مرکز الزامی است. ▪ با توجه به اینکه در دستورالعمل وزارت بهداشت هزینه فیزیوتراپی، لیزر پرتوان و مگنت تراپی سه شیوه درمانی جداگانه است، هزینه‌های فیزیوتراپی این سه روش در یک روز، قابل پرداخت نمی‌باشد. همچنین در صورت نیاز به هر یک از شیوه درمانی مذکور، تجویز پزشک متخصص ضروری است (هزینه مطابق با دستور پزشک پرداخت می‌شود). ▪ در مواردی که فیزیوتراپی بیش از ۱۰ جلسه باشد و یا بیش از ۲ اندام باشد، ارائه مدارک ذیل الزامی می‌باشد: ▪ ارائه رادیوگرافی یا MRI و یا سی تی اسکن مرتبط ▪ گواهی پزشک معالج مبنی بر لزوم انجام فیزیوتراپی بیش از ۱۰ جلسه ▪ برای فیزیوتراپی در بیماری‌های مزمن، ارائه سیر معالجات بیمار توسط پزشک متخصص و معالج الزامی است. ▪ اصل رسید پرداختی (اصل برگه پوز بانکی یا رسید کارت به کارت) برای تمامی هزینه‌های فیزیوتراپی الزامی است. |
| <p>هزینه‌های اروتز و پروتز خارج از بدن و وسایل کمک پزشکی</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ مطابق لیست تجهیزات سازمان تأمین اجتماعی و تا سقف ۱۰ برابر آخرین تعرفه اعلامی سازمان تأمین اجتماعی و بدون کسر فرانشیز | <ul style="list-style-type: none"> ▪ در هزینه‌های بیمارستانی ارائه اصل فاکتور خرید معتبر (دارای شماره اقتصادی) ممهور به مهر پزشک جراح و بیمارستان ▪ ارائه دستور پزشک متخصص مرتبط ▪ ارائه مدارک و مستندات پزشکی لازم جهت لزوم تهیه لوازم ارتوپدی یا نتیجه آزمایشات مرتبط ▪ فاکتور خرید از مراکز معتبر، ممهور به مهر مرکز مربوطه (داروخانه و مرکز تجهیزات پزشکی معتبر) ▪ تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر ▪ هزینه دستگاه تست قند خون صرفاً جهت بیماران دیابتی وابسته به انسولین، یکبار در دوره قرارداد برای هر خانواده بدون کسر فرانشیز تا سقف ۸,۰۰۰,۰۰۰ ریال قابل پرداخت است. ▪ هزینه دستگاه کنترل میزان قند خون بر روی بدن (سنسورهای دیابت) با دستور پزشک متخصص و صرفاً جهت بیماران دیابتی وابسته به انسولین زیر ۱۶ سال با ارائه فاکتور معتبر تجهیزات پزشکی به میزان سقف تعیین شده توسط بیمه‌گر پایه قابل پرداخت خواهد بود. |

جدول سقف تعهدات درمانی (قرارداد ۱۴۰۴-۱۴۰۵)

| شرح | فرانشیز و سقف تعهدات | شرایط و مدارک مورد نیاز |
|--|---|--|
| لوازم جانبی | <ul style="list-style-type: none"> ▪ اجاره دستگاه های فوتوتراپی، اکسیژن ساز، کپسول اکسیژن و CPAP | <ul style="list-style-type: none"> ▪ هزینه اجاره دستگاه فوتوتراپی برای رفع زردی کودکان در منزل با تجویز پزشک معالج با ارائه مستندات مربوطه ▪ هزینه دستگاه فشارخون، دستگاه بخور و ... قابل پرداخت نیست. ▪ هزینه خرید دستگاه های اکسیژن ساز، کپسول اکسیژن و CPAP قابل پرداخت نیست. ▪ در صورت ضرورت با ارائه مستندات پزشکی دستگاه اکسیژن ساز به صورت امانی و در بازه زمانی محدود از سوی شرکت در اختیار همکاران قرار خواهد گرفت. ▪ هزینه اجاره دستگاه اکسیژن ساز، کپسول اکسیژن و دستگاه CPAP و شارژ کپسول اکسیژن با تجویز پزشک متخصص مرتبط مبنی بر لزوم استفاده و مدت زمان استفاده، ارائه مستندات پزشکی مربوطه، صورتحساب معتبر مرکز تجهیزات پزشکی و تأیید پزشک معتمد، بیمه قابل پرداخت است. |
| آزمایش-سونو- رادیولوژی آندوسکوپی، کلونوسکوپی نوار قلب-اکو-تست ورزش | <ul style="list-style-type: none"> ▪ با کسر ۱۰ درصد فرانشیز | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ارائه نسخه با مهر پزشک ▪ اصل قبض پرداختی، ممهور به مهر آزمایشگاه ▪ تصویر جوابیه آزمایش ▪ در صورت بیهوشی، نیاز به برگه بیهوشی و سایر مدارک پزشکی مربوطه (دستور پزشک، کپی صفحه اول جواب و اصل قبض مهردار) می باشد. |
| آزمایش ژنتیک و غربالگری | <ul style="list-style-type: none"> ▪ با کسر ۱۰ درصد فرانشیز | <ul style="list-style-type: none"> ▪ گواهی پزشک مبنی بر علت انجام آزمایش ▪ اصل قبض پرداختی، ممهور به مهر آزمایشگاه ▪ تصویر جوابیه آزمایش ▪ هزینه تشخیص بیماری ها از طریق آزمایش های ژنتیک با جنبه پیشگیری با تجویز پزشک معالج مبنی بر ضرورت انجام آزمایش NIPT و یا آمینوسنتز در مادران باردار ۳۵ سال و بیشتر با دستور پزشک متخصص زنان و زایمان قابل پرداخت است. در مادران باردار زیر سن ۳۵ سال ارائه آزمایشات غربالگری اولیه و سونوگرافی آنومالی و گواهی پزشک متخصص زنان و زایمان مبنی بر علت درخواست آزمایش، الزامی می باشد. |

جدول سقف تعهدات درمانی (قرارداد ۱۴۰۴-۱۴۰۵)

| شرح | فرانشیز و سقف تعهدات | شرایط و مدارک مورد نیاز |
|---|---|---|
| هزینه های خارج از کشور | <ul style="list-style-type: none"> ▪ تا سقف هزینه های مورد تعهد در بیمه درمان و مطابق با بالاترین تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در بخش خصوصی و با کسر ۱۰ درصد فرانشیز | <ul style="list-style-type: none"> ▪ میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان ▪ تحویل اصل مدارک درمانی به همراه ترجمه آن و تبدیل هزینه نرخ ارز ▪ پرداخت هزینه آزمایشات تشخیصی بیماران خاص و صعب العلاج که امکان انجام آزمایش در ایران وجود ندارد، با دستور پزشک معالج مبنی بر لزوم انجام آزمایش در خارج از کشور و ارائه مستندات پزشکی، جواب آزمایش و مطابق صورت حساب (براساس نرخ روز پرداخت در سامانه سنا) قابل محاسبه و پرداخت است. |
| تحویل نسخ درمانی | <ul style="list-style-type: none"> ▪ حداکثر زمان جهت بارگذاری هزینه های پاراکلینیکی، سرپایی، آزمایش، نسخ و ... ۳ ماه از تاریخ هزینه است. ▪ حداکثر زمان جهت تحویل مدارک هزینه های بیمارستانی ۶ ماه از تاریخ هزینه است. ▪ حداکثر مهلت زمان تحویل مدارکی که از سهم بیمه گرای پایه استفاده می نمایند، حداکثر تا ۱ ماه پس از دریافت مبلغ دریافتی از بیمه گر پایه است. ▪ مهلت زمان تکمیل مدارک پس از عودت حداکثر ۱ ماه است. | |
| هزینه های جراحی که قبل از اقدام درمانی نیازمند تأیید پزشک معتمد بیمه گر است | <ul style="list-style-type: none"> ▪ عمل بینی صرفاً سفتوپلاستی (رینوپلاستی در تعهد بیمه گر نیست). ▪ جراحی های مرتبط با کوچک کردن معده (در صورت درمانی بودن طبق شناسنامه و استاندارد خدمات وزارت بهداشت، درمان تحت پوشش است). ▪ افتادگی پلک (که در صورت اختلال در بینایی قابل پوشش است). ▪ جراحی فتق نافی/جراحی فتق جدار شکم ▪ جراحی واریس پا / لیزر واریس پا ▪ انواع جراحی پستان (ماموپلاستی، ژنیکوماستی و ...) ▪ کورتاژ تخلیه/اسقط ▪ جراحی فک (موارد درمانی و غیرزیبایی) ▪ پیوند پوست <p>توجه: بابت انجام اعمال جراحی چاقی مفرط، بیمه شدگانی که دارای بیمه گر پایه می باشند، ابتدا می بایست تأییدیه پزشک معتمد بیمه گر پایه را اخذ نمایند.</p> | |
| فرانشیز درمان | <p>در صورت مراجعه به مراکز درمانی دولتی، خیریه و عمومی غیردولتی و همچنین استفاده از سهم بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی و ...) هزینه هایی که مشمول بیمه پایه بوده است شامل فرانشیز نمی گردد.</p> | |