

(طرح‌های درمانی خانواده سال ۱۴۰۴)

ردیف	گروه های تعهدات	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	طرح ۴	طرح ۵	طرح ۶
	تعهدات بیمه‌گر	تعهدات بیمه‌گر	تعهدات بیمه‌گر	تعهدات بیمه‌گر	تعهدات بیمه‌گر	تعهدات بیمه‌گر	تعهدات بیمه‌گر
۱	جبران هزینه‌های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود، هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	جبران هزینه‌های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند ریه، پیوند مغزاستخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز هزینه‌های مورد تعهد این بند از محل افزایش سقف تعهدات مربوط و باقیمانده آن از محل سقف تعهدات پوشش‌های اصلی پرداخت می‌شود (با احتساب بند یک).	۱,۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	جبران هزینه زایمان (اعم از طبیعی و سزارین).	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI, Zift, Gift, میکرواینجکشن و Ivf.	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل: انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ) و دانسیتومتری.	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۶	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل: انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز بیس میکرو، EECp، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG, NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پروتزهای چشم مانند اپتومتری، پریمتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری).	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه سوم شامل: انواع خدمات آزمایش‌های تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژی.	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه چهارم شامل: تست‌های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین.	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۹	جبران هزینه‌های پاراکلینیکی گروه پنج شامل: فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT).	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	جبران هزینه‌های اعمال مجاز سرپائی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن یون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (فهرست اعمال غیر مجاز در مطب پیوست ۱ می باشد).	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد (برای دو چشم).	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	جبران هزینه‌های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری.	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۳	جبران هزینه‌های خدمات دندان پزشکی (به استثناء ایمپلنت، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی).	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۴	جبران هزینه مربوط به خرید سمعک.	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۵	هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج.	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
بیمه شدگان گروه اول: حق بیمه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ در کلیه موارد سن ۰ - ۱۹ (حق بیمه سال اول)		۶۹,۰۰۰,۰۰۰	۷۴,۰۰۰,۰۰۰	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۴۶,۰۰۰,۰۰۰
بیمه شدگان گروه دوم: حق بیمه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ در کلیه موارد سن ۲۰ - ۶۰ (حق بیمه سال اول)		۷۷,۰۰۰,۰۰۰	۸۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۶۲,۰۰۰,۰۰۰
بیمه شدگان گروه سوم: حق بیمه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ در کلیه موارد سن ۶۱ - ۷۰ (حق بیمه سال اول)		۱۰۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۹۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۳۰,۰۰۰,۰۰۰
بیمه شدگان گروه اول: حق بیمه هر نفر با فرانشیز ۳۰٪ در کلیه موارد سن ۰ - ۱۹ (حق بیمه سال اول)		۵۹,۰۰۰,۰۰۰	۶۳,۰۰۰,۰۰۰	۷۷,۰۰۰,۰۰۰	۹۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۵,۰۰۰,۰۰۰
بیمه شدگان گروه دوم: حق بیمه هر نفر با فرانشیز ۳۰٪ در کلیه موارد سن ۲۰ - ۶۰ (حق بیمه سال اول)		۶۶,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۳۸,۰۰۰,۰۰۰
بیمه شدگان گروه سوم: حق بیمه هر نفر با فرانشیز ۳۰٪ در کلیه موارد سن ۶۱ - ۷۰ (حق بیمه سال اول)		۹۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰

***نکته:** بیمه‌شدگانی که فاقد بیمه‌گر پایه می‌باشند، صرفاً مجاز به انتخاب طرح‌های با فرانشیز ۳۰ درصد می‌باشند.