



**مدیریت امور پشتیبانی
و تأمین تجهیزات پزشکی**

مهار تورم، رشد تولید (مقام معظم رهبری)

طرح عدالت و تعالی نظام سلامت

بسم الله الرحمن الرحيم

شماره :د/۲/۱۷۵۳۶.....
تاریخ :۱۴۰۲/۰۷/۱۹.....
ساعت :۹:۵۲.....
پیوست :د/۲/۱۷۵۳۶.....

مدیران محترم واحدهای تابعه دانشگاه

با سلام و احترام

پس از حمد خدا و درود و صلوات بر محمد و آل محمد (ص)، پیرو بخشنامه شماره ۱۴۰۲/۰۵/۰۲ مورخ ۱۴۰۲/۰۵/۰۲ و باتوجه به درخواست های کارکنان محترم واحدهای تابعه دانشگاه مبنی بر اعلام تمدید زمان ثبت نام بیمه درمان تکمیلی، خواهشمند است دستور فرمائید رابط محترم امور بیمه ای آن واحد با رعایت موارد زیر و براساس فرم ثبت نام (نمونه پیوست) نسبت به ثبت نام متقاضیان بیمه درمان تکمیلی کارکنان دریکی از دو طرح (نقره ای و طلایی) براساس جدول تعهدات با سرانه ماهیانه هر نفر (طرح نقره ای ۲/۹۰۰/۰۰۰ ریال و طرح طلایی ۳/۶۵۰/۰۰۰ ریال) اقدام و لیست اطلاعات متقاضیان را تا پایان وقت اداری روز یکشنبه ۱۴۰۲/۰۷/۳۰ به آدرس: ستاد مرکزی، ساختمان شماره سه- مدیریت امور پشتیبانی- طبقه اول- اتاق ۲۰۴ واحد امور بیمه درمان تکمیلی تحویل نمایند.

۱- در صورت هرگونه سؤال در ثبت ورود اطلاعات بیمه شدگان، کارشناس محترم امور بیمه ای آن واحد از ساعات ۸ الی ۱۴ با شماره تماس ۳۷۹۲۴۰۰۷ مدیریت امور پشتیبانی واحد امور بیمه درمان تکمیلی تماس حاصل نمایند.

۲- کارشناس محترم امور بیمه ای می بایست پس از ثبت اطلاعات متقاضیان در فایل Excel (نمونه پیوست) نسبت به بررسی مجدد و پس از اصلاح نهایی اقدام و از ارسال فایل کنترل نشده (شماره حساب، کد ملی، نام و نام خانوادگی و...) خودداری نمایند.

۳- جهت درج شماره حساب در فایل Excel فقط شماره شبا بانک ملی، ملت و رفاه ثبت گردد و از ثبت شماره حساب های سایر بانک ها جداً خودداری فرمایید.

۴- کارشناسان محترم بیمه ای می بایست لیست اطلاعات متقاضیان ثبت نام بیمه درمان تکمیلی را در طرح های نقره ای و طلایی به صورت تفکیک شده ارسال نمایند.

۵- کارکنان متقاضی ثبت نام در بیمه درمان تکمیلی در زمان انتخاب طرح های نقره ای یا طلایی می بایست نسبت به ثبت نام خود و افراد تحت تکفلشان صرفاً از یکی از طرح ها استفاده و ثبت نام نمایند.

۶- مشمولین ثبت نام بیمه درمان تکمیلی (همسر، فرزند، پدر و مادر) می باشند، لذا از ثبت نام افراد غیرمشمول جدا خودداری فرمایید.

۷- مسئولین محترم امور مالی واحدها نسبت به کسر حق بیمه ماهیانه هریک از بیمه شدگان متقاضی براساس اطلاعات فرم ثبت نام شدگان با سرانه ماهیانه هر نفر در طرح های انتخابی (نقره ای یا طلایی) اقدام نمایند.

۸- حق بیمه سرانه ماهیانه هریک از بیمه شدگان از ابتدای مردادماه سالجاری محاسبه و از لیست حقوق آبانماه کسر و به شماره شناسه متعلق به شرکت بیمه دانا واریز گردد.

۹- در صورت ثبت نام متقاضیان بیمه درمان تکمیلی در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ و بازگذاری اسامی در سامانه شرکت بیمه دانا حذف یا انصراف در طول مدت بیمه نامه به هر دلیل امکان پذیر نخواهد بود.

حمزه بزدی
مدیر امور پشتیبانی
رفاهی و تأمین تجهیزات پزشکی

شیوه نامه دریافت / ارائه مدارک درمانی

● در صورتی که به مراکز درمانی طرف قرارداد مراجعه شود معرفی نامه به صورت آنلاین صادر خواهد شد.

● مراکز طرف قرارداد بیمه دانا در پورتال بیمه دانا به آدرس:

www.dana-insurance.ir ← سربرگ مراکز ارائه خدمات ← مراکز درمانی

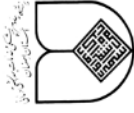
مدارک مورد نیاز	نوع خدمت
سربرگ معتبر پزشک ممهور به مهر پزشک معالج+مبلغ هزینه+ تاریخ مراجعه+نام و نام خانوادگی بیمار+کدملی بیمار (در صورت قرارداد با بیمه های پایه درج کد رهگیری)	ویزیت (عمومی، متخصص، فوق تخصص، دندانپزشکان، روانپزشکان، کارشناسان و کارشناسان ارشد پروانه دار)
اصل پرینت کامپیوتری ریز اقلام دارویی داروخانه ممهور به مهر داروخانه و دارای کد رهگیری+کپی نسخه پزشک معالج یا اخذ پرینت نسخه پزشک از داروخانه	دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر)
اصل قبض پرداختی (کپی و المثنی غیر قابل بررسی)+ تصویر گزارش (ریپورت) خدمت انجام شده + برگه دستور پزشک معالج ممهور به مهر یا اخذ پرینت نسخه پزشک از مراکز درمانی جهت دریافت هزینه آزمایشات ژنتیک و غربالگری ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر جنبه درمانی بودن آزمایش مذکور الزامی می باشد.	هزینه های پاراکلینیکی (طبق مفاد قرارداد)
اصل نسخه دندانپزشک ممهور به مهر دندانپزشک و خدمات انجام شده به تفکیک به همراه شماره دندان الصاق مدارک و گرافی های مورد نیاز و یا در صورت نیاز به تائید و یا معاینه توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر بابت خدمات به شرح ذیل: (جهت بررسی و پرداخت هزینه های ایمپلنت، ارتودنسی، دندان مصنوعی تائید پزشک معتمد بیمه گر الزامیست.) ارتودنسی: ارائه رادیوگرافی های پانورکس و لترال سفالومتری، فوتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت توسط پزشک معتمد بیمه گر، و ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک (کارت مراجعات) ایمپلنت: ارائه رادیوگرافی پانورکسی قبل و رادیوگرافی بعد از درمان و معاینه بیمار بعد از انجام خدمت توسط پزشک معتمد بیمه گر روکش: برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان نایت گارد: ارائه فوتوگرافی پس از درمان پروتزها و پارسیل ها: ۱-مراکز طرف قرارداد: معاینه بیمار قبل از درمان توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر و معاینه یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان ۲- خسارت متفرقه: معاینه بیمار پس از درمان توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر درمان ریشه: رادیوگرافی قبل و بعد از خدمت تبصره: جهت ترمیم ۵ یا بیش از ۵ دندان، عصب کشی، پست، روکش (بیش از ۱ مورد)، جراحی دندان (نسج نرم و سخت) ارسال پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد الزامیست.	هزینه های دندانپزشکی: خدمات دندانپزشکی (سربایی و بستری) هزینه های دندانپزشکی شامل کشیدن، ترمیم، درمان ریشه، جرم گیری و بروساز، روکش و جراحی لثه، ایمپلنت، ارتودنسی، دندان مصنوعی می باشد. (تعهدات این بند به استثناء اعمال زیبایی می باشد)

جراحی های لثه: گرافی قبل از درمان و تائیدیه پزشک معتمد بیمه گر جراحی نهفته در نسج نرم و سخت: ارسال رادیوگرافی قبل از درمان	
۱- اصل نسخه پزشک (چشم پزشک متخصص) یا اپتومتریست که حاوی شماره چشم بوده و ممهور به مهر پزشک یا اپتومتریست باشد. ۲- اصل فاکتور معتبر مراکز تهیه و فروش عینک + تاریخ + نام بیمار + مبلغ دریافتی + مهر مرکز + پرینت کامپیوتری نمره چشم	عینک و لنز تماس طبی
فیزیوتراپی: ۱- دستور پزشک متخصص معالج مبنی بر ذکر ناحیه و تعداد جلسات فیزیوتراپی ۲- ارائه کارت مراجعات ۳- ارائه تاییدیه انجام تعداد جلسات فیزیوتراپی که ممهور به مهر و امضاء فیزیوتراپیست رسیده باشد به همراه هزینه پرداختی ۴- رسید دستگاه کارخوان کاردرمانی و گفتاردرمانی: ۵- دستور پزشک متخصص معالج با ذکر نام بیماری و تعداد جلسات مورد نیاز و طول درمان ۶- فاکتور هزینه پرداختی طبق جلسات مربوطه به خدمات انجام شده ۷- تاییدیه انجام تعداد جلسات خدمات انجام شده توسط کارشناس مربوطه که به مهر و امضاء رسیده باشد.	فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی
۸- دستور پزشک متخصص گوش و حلق و بینی (ENT) ۹- گزارش ادیومتری یا نوار گوش ۱۰- فاکتور معتبر تجهیزات پزشکی سمعک دارای کد اقتصادی ۱۱- تائیدیه اودیولوژیست معتمد شرکت بیمه ۱۲- ارائه کارت گارانتی سمعک ۱۳- اخذ سهم بیمه گر پایه	سمعک
طرف قرارداد: آنالین با معرفی نامه در مراکز طرف قرارداد قابل انجام می باشد. غیر طرف قرارداد: پس از پرداخت هزینه ی بیمارستان مدارک مورد نیاز که شامل: ۱- اصل صورتحساب بیمارستانی ۲- اصل صورتحساب پزشکان ممهور به مهر ۳- اصل گواهی پزشک معالج (شرح عمل جراحی) ۴- اصل گواهی بیهوشی یا برگ بیهوشی اتاق عمل ۵- اصل یا تصویر آزمایشات و رادیولوژی و ... ۶- اصل یا تصویر نسخ دارویی و لوازم مصرفی و فاکتور پروتز ممهور به مهر جراح و اتاق عمل ۷- برگ خلاصه وضعیت *** نکته مهم: در صورتی که بیمارستان با بیمه گر پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) طرف قرارداد نباشد ابتدا سهم بیمه گر پایه اخذ و مستندات برابر اصل شده به همراه نامه رسان سازمان های بیمه گر پایه به شرکت بیمه تحویل داده شود.	جبران هزینه های بستری جراحی تخصصی تامین هزینه های داروهای مربوط به بیماریهای خاص لیزیک زایمان، سزارین، کورتاژ نازائی

چنانچه اعمال مجاز سرپائی در مطب انجام شود، مانند برداشتن لیپوم، کیست (طبق مفاد قرارداد) هزینه ها با ارائه مستندات ذیل انجام می گردد: گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع عمل، محل آناتومیکی ، اندازه ضایعه و اصل یا کپی گزارش پاتولوژی	جبران هزینه های اعمال مجاز سرپائی
---	--

❖❖ اعمال جراحی که باید قبل از عمل به تایید پزشک معتمد بیمه گر برسد:

- ۱- جراحی فتق نافی و شکمی (هرنی)
- ۲- جراحی کاهنده سینه (ماموپلاستی)
- ۳- بالن معده، چاقی مفرط (اسیلو و بایپس معده، گاسترینگ بایندینگ و بالون معده)
- ۴- انحراف بینی (سیتوپلاستی)
- ۵- افتادگی پلک چشم (بلفاروپلاستی)
- ۶- بیماری های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم (لیزیک/لازک)
- ۷- استرابیسم (لوچی چشم)
- ۸- ژنیکوماستی
- ۹- قبل از هرگونه اقدام باید به تایید پزشک معتمد شرکت بیمه گر برسد در غیر اینصورت بیمه گر هیچ گونه تعهدی نسبت به پرداخت هزینه ندارد.



فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی شرکت بیمه دانا در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲

اینجانب.....فرزند.....پرستل شاغل در واحد/ مرکز.....وابسته به دانشگاه علوم پزشکی استان اصفهان بدینوسیله اعلام می نمایم خواستار عضویت در بیمه درمان تکمیلی شرکت بیمه دانا با مبلغ حق بیمه ماهیانه طرح تفره ای ۲/۹۰۰/۰۰۰ ریال □ و حق بیمه ماهیانه طرح طلایی ۳/۶۵۰/۰۰۰ ریال □ به ازای هر نفر می باشم و امور مالی واحد موظف است در طول مدت قرارداد که از تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۰۱ تا تاریخ ۱۴۰۳/۰۴/۰۴ می باشد، مطابق با حق بیمه مربوطه و تعداد اعضای تحت پوشش که در زیر آمده است، مجموعاً ماهیانه مبلغ.....ریال از حقوق اینجانب کسر نماید.

اطلاعات بیمه شده اصلی (پرستل مربوطه):

نام و نام خانوادگی	جنسیت	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد	شماره شبای حساب بیمه شده اصلی	نام بانک	شماره تلفن همراه
					سال			

اعضای تحت پوشش:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمه شده اصلی	جنسیت	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد
							سال

یادآوری (۱) ثبت نام بیمه درمان تکمیلی اختیاری می باشد و پیگیری دریافت هزینه های درمانی از طریق رابط محترم امور بیمه ای آن مرکز می باشد.

یادآوری (۲) ثبت نام پدر و مادر بیمه شده اصلی منوط به ثبت نام تمامی اعضای خانواده ایشان می باشد.

یادآوری (۳) متقاضیانی که فرم ثبت نام و درخواست آنها از طریق فایل Excel به شرکت بیمه ارسال می گردد در طول قرارداد حق انصراف نخواهند داشت و تعویلات مدارک و مستندات مربوط به هزینه های درمانی کارکنان به شرکت بیمه حداکثر تا دو ماه خواهد بود و در صورت عدم ارسال مدارک و مستندات درمانی در زمان مغرر و مشمول مرور زمان قرار گرفتن هزینه های درمانی بوجهده بیمه شده اصلی می باشد.

یادآوری (۴) متقاضیانی که وضعیت استخدام آنان در قالب شرکت های طرف قرارداد دانشگاه می باشد حق بیمه ثبت نام خود را طی فیش واریزی به صورت (۱۲ ماهه) کل مدت قرارداد تعویلات کارشناس محترم بیمه ای مرکز نمایند.

یادآوری (۵) مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام:

- ۱- کپی شناسنامه بیمه شده اصلی و افراد زیر مجموعه
- ۲- کپی کارت ملی بیمه شده اصلی و افراد زیر مجموعه
- ۳- یک قطعه عکس ۳×۴ از بیمه شده اصلی

محل امضا:

بیمه شده اصلی

رابط بیمه درمان تکمیلی واحد

مسئول امور مالی واحد

جدول شرح تعهدات و سقف ریالی هزینه های درمان تکمیلی کارکنان و افراد تبعی آنان در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ (طرح بیمه طلایی)

ردیف	شرح تعهدات	سقف تعهدات هر نفر (ریال)
۱	جبران هزینه های بستری (تشخیصی، درمان طبی، جراحی) در بیمارستان و انواع سنگ شکن، رادیوتراپی، آنژیوگرافی عروق قلب و یا سایر اعضای بدن، لیزر تریبی ته چشم (سرپایی، بستری، Day Care در بیمارستان و یا مراکز جراحی محدود)، ناخنک چشم	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	اعمال جراحی تخصصی و فوق تخصصی و بیماری های خاص شامل: جراحی قلب و عروق، مغز و اعصاب، نخاع، پیوند کبد، پیوند ریه، پیوند کلیه، پیوند مغز و استخوان (دارو و لوازم پیوندی و سایر خدمات)، جراحی ستون فقرات (جراحی دیسک)، گامانایف، جراحی فوق تخصصی ارتوپدی و بیماری های خاص (شامل: تالاسمی، هموفیلی، دیالیز، MS و انواع سرطان، داروهای تخصصی مربوط به شیمی درمانی و عوارض آن در مراکز درمانی و داخل مطب به صورت سرپایی یا بستری شامل کلیه هزینه ها (دارو، لوازم و سایر خدمات) و داروهای کروناوی، آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز	۶۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	پوشش هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط ZIFT، GIFT، FET، ITSC، IUI، میکرواینجکشن و IVF، زایمان طبیعی و سزارین و کورتاژ قانونی	۱۱۰/۰۰۰/۰۰۰
۴	هزینه های پاراکلینیکی شامل: انواع سونوگرافی (داخل مطب و سایر مراکز)، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، انواع اندوسکوپی، کولونوسکوپی، MRI، اکوکاردیوگرافی، اسپیرومتري، استرس اکو، مانومتري، دانستيو متري، تست خواب، ید تریبی، فتوتراپی یا نوردرمانی، جراحی ناخن، تمپانومتري، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ)	۱۱۰/۰۰۰/۰۰۰
۵	هزینه های پاراکلینیکی شامل: تست ورزش، تست الرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مئانه، آنژیوگرافی، رادیوگرافی چشم، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ، خدمات کاردرمانی و گفتار درمانی، ورزش درمانی، توپوگرافی، شارژ باتری قلب، مانیتورینگ باتری قلب	
۶	هزینه های پاراکلینیکی شامل شکستگی ها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به جز زیبایی) خدمات اورژانس و خدمات day care بیمارستان، توپوگرافی، انواع بیوپسی، آتل، پانسمان، شالازیون، شستشوی و ساکشن گوش و جراحی های سرپایی	
۷	انواع رادیوگرافی، فیزیوتراپی، آزمایشات تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، نوار قلب، پاپ اسمیر، UBT (تست تنفسی اورده)، تست غربالگری جنین (مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین)	
۸	هزینه های آمبولانس داخل و خارج از شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج	۱۰/۰۰۰/۰۰۰
۹	هزینه دارو و (داخلی و خارجی) ویزیت پزشک (عمومی، تخصصی، روانپزشکی، فوق تخصصی، مشاوره روانشناسی، مامائی و اپتومتریست) انواع تزریقات (اعم از پوستی، داخل مفصل و یا ضایعه و سایر موارد، سرم درمانی)	۳۵/۰۰۰/۰۰۰
۱۰	خدمات دندانپزشکی شامل کشیدن، جرمگیری و بروساژ، ترمیم و پر کردن و درمان ریشه و روکش، ارتودنسی، دست دندان مصنوعی، عصب کشی، ایمپلنت	۷۵/۰۰۰/۰۰۰
۱۱	عینک و سمعک	۱۵/۰۰۰/۰۰۰
۱۲	هزینه لیزیک دو چشم با حداقل ۳ دیوپتر هر چشم	۸۰/۰۰۰/۰۰۰

یادآوری ها:

- خدمات جدول فوق در بیمارستان و مراکز آموزشی درمانی و بهداشتی (سرپایی، بستری و پاراکلینیکی) دولتی و بخش خصوصی ارایه خواهد گردید.
- فرانشیز شرکت بیمه گر در محاسبه شرح تعهدات و سقف ریالی جدول فوق در مراکز دولتی و مراکز خصوصی در خدمات سرپایی، بستری و پاراکلینیکی ۱۰٪ می باشد.
- ثبت نام پرسنل شاغل تحت پوشش دانشگاه از طرح طلایی به صورت اختیاری می باشد و ماهیانه از حقوق بیمه شده کسر و به حساب شرکت بیمه گر واریز می گردد.
- در صورت تمایل پرسنل شرکتی، پزشک خانواده، ضریب K، بازنشسته و... به عضویت در طرح طلایی پرداخت حق بیمه مربوطه از ابتدای قرارداد با پرداخت حق بیمه سالیانه بصورت یکجا به عهده بیمه شده می باشد.
- سقف تعهدات بند یک و دو به تفکیک و تا حداکثر سقف تعهدات قابل پرداخت می باشد.

جدول شرح تعهدات و سقف ریالی هزینه های درمان تکمیلی کارکنان و افراد تبعی آنان در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲
(طرح بیمه نقره ای)

ردیف	شرح تعهدات	سقف تعهدات هر نفر (ریال)
۱	جبران هزینه های بستری (تشخیصی، درمان طبی، جراحی) در بیمارستان و انواع سنگ شکن، رادیوتراپی، آنژیوگرافی عروق قلب و یا سایر اعضای بدن، لیزر تراپی ته چشم (سرپایی، بستری، Day Care در بیمارستان و یا مراکز جراحی محدود)، ناخنک چشم	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	اعمال جراحی تخصصی و فوق تخصصی و بیماری های خاص شامل: جراحی قلب و عروق، مغز و اعصاب، نخاع، پیوند کبد، پیوند ریه، پیوند کلیه، پیوند مغز و استخوان (دارو و لوازم پیوندی و سایر خدمات)، جراحی ستون فقرات (جراحی دیسک)، گامانایف، جراحی فوق تخصصی ارتوپدی و بیماری های خاص (شامل: تالاسمی، هموفیلی، دیالیز، MS و انواع سرطان، داروهای تخصصی مربوط به شیمی درمانی و عوارض آن در مراکز درمانی و داخل مطب به صورت سرپایی یا بستری شامل کلیه هزینه ها (دارو، لوازم و سایر خدمات) و داروهای کرونایی، آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	پوشش هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط ZIFT، GIFT، FET، ITSC، IUI، میکرواینجکشن و IVF، زایمان طبیعی و سزارین و کورتاژ قانونی	۸۰/۰۰۰/۰۰۰
۴	هزینه های پاراکلینیکی شامل: انواع سونوگرافی (داخل مطب و سایر مراکز)، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، انواع اندوسکوپی، کولونوسکوپی، MRI، اکوکاردیوگرافی، اسپیرومتری، استرس اکو، مانومتری، دانستیمتری، تست خواب، یدتراپی، فتوتراپی یا نوردرمانی، جراحی ناخن، تمپانومتری، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ)	۶۰/۰۰۰/۰۰۰
۵	هزینه های پاراکلینیکی شامل: تست ورزش، تست الرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه، آنژیوگرافی، رادیوگرافی چشم، شنوایی شنجی، بینایی شنجی، هولتر مانیتورینگ، خدمات کاردرمانی و گفتار درمانی، ورزش درمانی، توپوگرافی، شارژ باتری قلب، مانیتورینگ باتری قلب	
۶	هزینه های پاراکلینیکی شامل شکستگی ها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به جز زیبایی) خدمات اورژانس و خدمات day care بیمارستان، توپوگرافی، انواع بیوپسی، آتل، پانسمان، شالازیون، شستشوی و ساکشن گوش و جراحی های سرپایی	
۷	انواع رادیوگرافی، فیزیوتراپی، آزمایشات تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، نوار قلب، پاپ اسمیر، UBT (تست تنفسی اوره)، تست غربالگری جنین (مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین)	
۸	هزینه های آمبولانس داخل و خارج از شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج	۱۰/۰۰۰/۰۰۰
۹	هزینه دارو و (داخلی و خارجی) ویزیت پزشک (عمومی، تخصصی، روانپزشکی، فوق تخصصی، مشاوره روانشناسی، مامائی و اپتومتریست) انواع تزریقات (اعم از پوستی، داخل مفصل و یا ضایعه و سایر موارد، سرم درمانی)	۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۰	خدمات دندانپزشکی شامل کشیدن، جرمگیری و بروساژ، ترمیم و پر کردن و درمان ریشه و روکش، ارتودنسی، دست دندان مصنوعی، عصب کشی، ایمپلنت	۳۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۱	عینک و سمعک	۵/۰۰۰/۰۰۰
۱۲	هزینه لیزیک دو چشم با حداقل ۳ دیوپتر هر چشم	۳۰/۰۰۰/۰۰۰

یادآوری ها:

- خدمات جدول فوق در بیمارستان و مراکز آموزشی درمانی و بهداشتی (سرپایی، بستری و پاراکلینیکی) دولتی و بخش خصوصی ارایه خواهد گردید.
- فرانشیز شرکت بیمه گر در محاسبه شرح تعهدات و سقف ریالی جدول فوق در مراکز دولتی و مراکز خصوصی در خدمات سرپایی، بستری و پاراکلینیکی ۱۰٪ می باشد.
- ثبت نام پرسنل شاغل تحت پوشش دانشگاه از طرح نقره ای به صورت اختیاری می باشد و ماهیانه از حقوق بیمه شده کسر و به حساب شرکت بیمه گر واریز می گردد.
- در صورت تمایل پرسنل شرکتی، پزشک خانواده، ضریب K، بازنشسته و... به عضویت در طرح نقره ای پرداخت حق بیمه مربوطه از ابتدای قرارداد با پرداخت حق بیمه سالیانه بصورت یکجا به عهده بیمه شده می باشد.
- سقف تعهدات بند یک و دو به تفکیک و تا حداکثر سقف تعهدات قابل پرداخت می باشد.