

ردیف	سقف تعهدات بیمه گر	سقف تعهدات (طرح ۱)	سقف تعهدات (طرح ۲)
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود هزینه ی همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.	۸۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱/۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	جبران هزینه برای شیمی درمانی، رادیو تراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیو پلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز.	۱/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۴	جبران هزینه های درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، GIFT ZIFT، میکرواینجکشن و IVF	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۵	جبران هزینه انواع رادیو گرافی، آنژیو گرافی عروق محیطی، آنژیو گرافی چشم، سونو گرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ) دانسیتومتری.	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۶	جبران هزینه های اندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکترو کاردیو گرافی یا نوار قلب، انواع اکو کاردیو گرافی، انوا ه هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیو گرافی و هدایت عصبی (EMG NCV)، الکتروانسفالو گرافی (EEG). خدمات تشخیصی بورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادپومتری)		
۷	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه سوم شامل: انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک)		
۸	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه چهارم شامل: تست غربالگری جنین (مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین)		
۹	جبران هزینه های پاراکلینیکی گروه پنج شامل: فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کار درمانی (OT)		
۱۰	جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و درفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایو تراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (فهرست اعمال غیر مجاز در مطب پیوست ۱ می باشد).	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۱	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد سقف تعهد برای هر دو چشم.	۱۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۲	هزینه های ویزیت (طبق تعرفه بخش خصوصی) دارو، (شامل هزینه های مزاد بر سهم بیمه گر پایه به اضافه حق فنی داروخانه می باشد) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری. تزریق و وصل سرم	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۸۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۳	دندانپزشکی: هزینه های دندانپزشکی شامل کشیدن، ترمیم، درمان ریشه، جرم گیری و بروساژ، روکش و جراحی لثه (به استثناء ایمپلنت، ارتودنسی، دست دندان مصنوعی و اعمال زیبایی)	۱۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۴	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست.	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۵	هزینه های آمبولانس داخل	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۶	هزینه های آمبولانس خارج	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۴۰/۰۰۰/۰۰۰
	حق بیمه سالیانه (ریال)	۱۰۴/۰۰۰/۰۰۰	۱۳۲/۰۰۰/۰۰۰

فرانشیز کلیه بندها ۲۰٪ می باشد