

ردیف	تعهدات بیمه گر	حداکثر مبلغ تعهد سالیانه بیمه گر هر نفر		
		طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود. (به استثنای زایمان، نازایی و لیزیک)، دیسک و ستون فقرات و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز، درمان بیماری های اعصاب و روان به جز سایکوتیک در بیمارستان	بدون سقف	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۲	هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار بستری به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج	بدون سقف	۵۰,۰۰۰,۰۰۰ درون شهری ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ برون شهری	بدون سقف
۳	جبران هزینه های شیمی درمانی (تزریقی، دارویی و خوراکی و غیره) رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، (به استثنای دیسک و ستون فقرات)، آنژیوگرافی قلب، گامانایف، انواع سنگ شکن، اعمال جراحی عمومی و جراحی دیسک ستون فقرات، لاپاراسکوپی، بیماری های اعصاب و روان. پرداخت هزینه های مربوط به اختلال خواب، لیزر، PDT، قوز قرنیه، آب مروارید درمان بیماری های خاص (تالاسمی، هموفیلی، دیالیزی، ام اس، انواع سرطان) شامل کلیه هزینه ها (دارو و سایر خدمات) به صورت سرپایی و بستری، پیوند ریه، پیوند کبد پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان	بدون سقف	۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۴	جبران هزینه زایمان (طبیعی و سزارین)، کورتاژ تخلیه ای	بدون سقف	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۵	جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن سی تی اسکن، ام آر آی پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ) دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان). پرداخت هزینه های مرتبط با خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی، جبران هزینه انواع آندوسکوپی، فلوروسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، استرس اکو انواع هولتر مانیتورینگ قلب، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، TCD, OPG, EECF، انواع رادیولوژی، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT) خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (NCV EMG)، الکتروانسفالوگرافی (EEG) نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، سیستومتری یا سیستوگرام، ادیومتری، بررسی عصب شنوایی، بینایی سنجی، تعیین میدان بینایی، بررسی عصب بینایی، اندازه گیری قرنیه چشم، نوار چشم اکوچشم، آنژیوگرافی چشم، تست اور دینامیک، تمپانومتری. پرداخت هزینه های مربوط به خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)، پاکیمتری. هزینه انواع خدمات آزمایش های تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی. پرداخت هزینه های مربوط به تستهای آلرژیک و جبران هزینه تستهای غربالگری جنین شامل ادامه بند شماره ۵:	بدون سقف	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف

			مارکزه‌های جنیتی و آزمایشات ژنتیک جنین نوار قلب جنین آزمایش تشخیص ناهنجاری جنین، آن سی تی نوزاد بیوفیدبک نوروفیدبک. هزینه های مربوط به پرستاری در منزل با دستور پزشک، بیهوشی همراه با آندوسکوپی و کولونوسکوپی و ... ، اسکن کف پا، بادی اسکن، اسکن قلب، نوار قلب، اسکن سه بعدی دندان، بازتوانی قلب، فشار خون، هزینه های مربوط به اوتیسم. هر گونه آزمایش تشخیص پزشکی (به جز چکاپ)، کایروپراکتیک، تزریق داخل چشم، مانومتري، لیزر چشم، فوندوسکوپی، لیزر تراپی. پرداخت خدمات روانپزشکی و مشاوره روانشناسی، پاپ اسمیر، اعمال مجاز سرپایی. پرداخت هزینه های مربوط به کلیه اقدامات و خدمات اورژانس بصورت سرپایی، همانژیوم انتروپپون، طب مکمل، Smart Plug-ICG-ORB SCAN.	
۶	جبران هزینه فیزیوتراپ (PT) (گفتار درمانی کار درمانی لیزر درمانی (به جز زیبایی)	بدون سقف	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۷	جبران هزینه نازایی و ناباروری (اولیه و ثانویه) شامل لاپاراسکوپی درمانی، اعمال جراحی مرتبط IVF-IUI-zift-Gift و میکرواینجکشن جهت هر یک از زوجین قابل پرداخت می باشد (حتی اگر منجر به معالجه نگردد)	بدون سقف	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۸	جبران هزینه ویزیت، تزریقات و دارو (تمامی داروهای مورد تأیید وزارت بهداشت، داروهای مجاز در فارماکوپه کشور، حق فنی نسخ دارویی) پرداخت داروهای پوستی ناشی از آلویسی و ریزش سکه ای مو با نسخه پزشک متخصص پوست و تأییدیه بیماری، پرداختی هزینه های مشاوره روانشناسی، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری. *پرداخت هزینه داروهای داخلی و خارجی، داروهای بیماری های صعب العلاج، داروهای ویتامینه به میزان (۱۰۰٪ داخلی ۷۰٪ خارجی) که توسط پزشک متخصص تجویز می گردد با کسر فرانشیز. همچنین هزینه های مولتی ویتامین هایی که توسط پزشک متخصص یا فوق تخصص مرتبط تجویز گردد. به میزان (۱۰۰٪ داخلی و ۷۰٪ خارجی) قابل پرداخت می باشد. داروهای گیاهی به شرطی که تأیید توسط وزارت بهداشت داشته باشد و ممهور به مهر داروخانه باشند و پزشک متخصص مربوطه تجویز کرده باشد قابل پرداخت می باشد. هزینه داروهای مکمل و ویتامین برای بیماران خاص و خانمهای باردار طبق لیست داروهای مجاز با دستور متخصص قابل پرداخت می باشد. ۱۰۰ درصد حق فنی داروخانه با کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد.	بدون سقف	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۹	سمعک (آنالوگ-دیجیتال)	بدون سقف	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف
۱۰	جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه، ایمپلنت، ارتودنسی (برای کلیه گروه های سنی) دست دندان مصنوعی (هر فرد) در صورت مراجعه بیمه شده به بخش خصوصی با در نظر گرفتن بالاترین تعرفه مراجع ذیصلاح قانونی و در صورت مراجعه بیمه شده به بخش دولتی تعرفه بخش دولتی ملاک محاسبه می باشد.	-	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (هر نفر)	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (شناور)

۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	-	جبران هزینه خرید عینک طبی با لنز تماسی طبی (شیشه-فریم) با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست بابت هر فرد.	۱۱
بدون سقف	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	جبران هزینه رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم سه دیوپتر یا بیشتر باشد. تزریقات چشمی، فمتو برای دو چشم.	۱۲
بدون سقف	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، انواع گچ گیری، انواع آتل گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثناء رفع عیوب انکساری چشم)، اوزوم تراپی، بیرون آوردن تومورهای سطحی خوش خیم، برداشتن میخچه، کشیدن ناخن، جراحی ناخن فرورفته در گوشت، کشیدن بخیه، آبنه، کرایوتراپی، شست و شوی گوش.	۱۳
بدون سقف	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	جبران هزینه خرید انواع پروتز و اروتز (علاوه بر سایر موارد مشمول پروتز و اروتز، سمعک، باطری سمعک، میچ بند و کمر بند طبی، کفی طبی، جوراب واریس، کفش طبی، عصا، واکر، ویلچر با تجویز پزشک متخصص) قابل پرداخت می باشد.	۱۴
۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۹,۶۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	مبلغ برای هر نفر-ریال	

تبصره: در روش شناور هر فرد در یک خانوار می تواند کل سقف تعهد دندانپزشکی آن خانوار را به تنهایی مصرف کند به عنوان مثال :

* در طرح (سه) در یک خانواده ۳ نفره یک فرد می تواند به تنهایی از سقف تعهد استفاده کند در صورت استفاده از کل تعهد باقی مانده افراد صفر خواهد شد.

فرانشیز دندان پزشکی ۲۰٪، فرانشیز سایر بخش های جدول به شرط عدم استفاده از پوشش بیمه گر پایه (نه فقدان آن) ۱۰٪ خواهد بود.

کلیه هزینه های جابجایی بین کشوری با وسایل نقلیه زمینی، دریایی و هوایی تا سقف اعداد جدول با تأیید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت است.

در خصوص مواردی که نیاز به تأیید پزشک معتمد دارد (لیزیک و انحراف بینی و) این کنترل در واحد درمان شرکت بیمه گر قابل انجام است.