

ردیف	شرح تعهدات	سقف تعهدات طرح عادی	سقف تعهدات طرح برنزی	سقف تعهدات طرح نقره ای	سقف تعهدات طرح طلایی	سقف طرح ویژه
۱	جبران هزینه های بستری (تشخیصی، درمان طبی، جراحی) و اعمال جراحی Day Care در بیمارستان و یا مراکز جراحی محدود هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد انواع سنگ شکن، رادیوترابی، آنژیوگرافی و عروق قلب و یا سایر اعضای بدن، لیزر ترابی ته چشم ، ناخنک چشم	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۴/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	جبران هزینه های شیمی درمانی ، رادیو ترابی و اعمال جراحی مرتبط با سرطان، 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، تست خواب، آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز، جراحی فک (در صورت وجود تومور یا به علت وقوع حادثه تحت پوشش)		۱/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۴/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	پوشش هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط ZIFT، GIFT، IUI، میکرواینجکشن و IVF (با تجویز پزشک معالج)	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۴	پوشش هزینه های مربوط به زایمان طبیعی و سزارین و کورتاژ قانونی (با تجویز پزشک معالج)	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۵	هزینه های پاراکلینیکی شامل: انواع سونوگرافی (داخل مطب پزشک متخصص یا فوق تخصص و سایر مراکز)، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، انواع اندوسکوپی، کولونوسکوپی، MRI، اکوکاردیوگرافی، اسپیرومتری، استرس اکو، مانومتری، دانستیمتری، یدترابی، فتوترابی یا نوردرمانی، جراحی ناخن (به استثنای زیبایی)، تمپانومتری، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ)، سونو NST، فیبرواسکن کبد	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۵	هزینه های پاراکلینیکی شامل: تست ورزش، تست آلرژی، تست سرگیجه ، تست تنفسی، نوار عضله، نوروفیدبک، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه، آنژیوگرافی، رادیوگرافی چشم، شنوایی سنجی، ساکشن گوش، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ، خدمات کاردرمانی و گفتار درمانی، ورزش درمانی، توپوگرافی، شارژ باتری قلب، مانیتورینگ باتری قلب					
۵	هزینه های پاراکلینیکی شامل شکستگی ها، گچ گیری، حخته، بخیه، کرایوترابی، اکسیژن لیوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به جز زیبایی)، لیزر هموروئید، خدمات اورژانس و خدمات day care بیمارستان، توپوگرافی، انواع بیوپسی، آتل، پانسمان، شالازیون، شستشوی و ساکشن گوش					
۵	انواع رادیوگرافی، فیزیوتراپی، آزمایشات تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، نوار قلب، پاپ اسمیر، UBT (تست تنفسی اوره)، PRP مفصل (با جنبه درمانی)، فیزیوتراپی لگن، طب فیزیکی، تست غربالگری جنین (مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین)					

ردیف	شرح تعهدات	سقف تعهدات طرح عادی	سقف تعهدات طرح برنزی	سقف تعهدات طرح نقره ای	سقف تعهدات طرح طلایی	سقف طرح ویژه
۶	اعمال مجاز سرپایی	-	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۷	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	-	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۸	هزینه دارو (داخلی و خارجی)، ویزیت پزشک (عمومی، تخصصی، روانپزشکی، فوق تخصصی، مشاوره و کارشناس تغذیه، مشاوره روانشناسی، مامائی و اپتومتریست)، ویزیت متخصص پزشکی ورزشی، انواع تزریقات (اعم از پوستی، داخل مفصل و یا ضایعه که دو مورد اخیر با تایید پزشک معتمد بیمه گر می باشد و سایر موارد، سرم درمانی)، هزینه داروهای خارجی، گیاهی، تک نسخه ای، داروی بیماران خاص، تقویتی، غذایی، مکمل، ترکیبی، پوست و مو در صورت جنبه درمانی، هورمون رشد	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۷۵/۰۰۰/۰۰۰	۱۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۹	داروی بیماری های خاص	-	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۰	خدمات دندانپزشکی شامل کشیدن، جرمگیری و بروساژ، ترمیم و پر کردن و درمان ریشه و روکش، ارتودنسی، دست دندان مصنوعی (با تایید پزشک معتمد بیمه گر)، عصب کشی، ایمپلنت	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۸۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۱	عینک	-	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۲	سعک		۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۳	هزینه لیزیک دو چشم با حداقل ۳ دیوپتر هر چشم	-	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۴	جبران هزینه های اروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید بیمه گر مورد نیاز باشد/حداکثر تعهد بیمه گر برای تعهدات اروتز و وسایل کمک توانبخشی جمعا مبلغ ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال در طرح برنزی و نقره ای و ۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال در طرح طلایی و ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال در طرح ویژه می باشد	-	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۸۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۵	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن	-	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۶	وسایل کمک توانبخشی / حداکثر تعهد بیمه گر برای تعهدات اروتز و وسایل کمک توانبخشی جمعا مبلغ ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال در طرح برنزی و نقره ای و ۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال در طرح طلایی و ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال در طرح ویژه می باشد	-	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۸۰/۰۰۰/۰۰۰
	نرخ ماهیانه	۶/۵۰۰/۰۰۰	۱۲/۲۰۰/۰۰۰	۱۴/۲۰۰/۰۰۰	۱۶/۶۰۰/۰۰۰	۲۷/۰۰۰/۰۰۰

***نرخ هر طرح به ریال می باشد و سرانه رفاهی به مبلغ ۴۰۰۰/۰۰۰ ریال ماهیانه از مبالغ کسر می گردد.