

تجهيزات بیمه	حد اکثر تعهدات بیمه گر	تعهد مرجع	سقف سالیان (هر نفر) طرح ۱ ریال	سقف سالیان (هر نفر) طرح ۲ ریال	درصد فرانشیز تحت تکفل (طرح دو)	درصد فرانشیز تحت تکفل (طرح یک)
تجهيزات اصلی	۱- جبران هزینه های بستری، جراحی و Day care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود		۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
	۲- هزینه های آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و با نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	بند ۱	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
	۱-۲- هزینه های آمبولانس داخل 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	۲۰,۰۰۰,۰۰۰		
سایر تجهیزات	۳- جبران هزینه های شیمی درمانی/ رادیو تراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع دیسک ستون فقرات گامانایف/ قلب/ پیوند کبد/ پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز		۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
	۴- هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین		۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
	۵- هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI, IVF, ZIFT, GIFT و میکرواینجکشن		۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
	۶- پاراکلینیکی ۱: جبران هزینه های رادیوگرافی / آنژیوگرافی چشم/ سونوگرافی /ماموگرافی / انواع اسکن ام آر آی / پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)/ دانسیتومتری		۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
	۷- پاراکلینیکی ۲: جبران هزینه های انواع آندوسکوپی/ خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی/ انواع اکوکاردیوگرافی/ انواع هولتر مانیتورینگ/ تست ورزش/ آنالیز پیس میکرو/ EECF/ تیلت تست/ خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)/ خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی (EMG, NCV) // الکتروانسفالوژی (EEG)/ خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) / خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی چشم مانند اپتومتری/ اپریمتری/ بیومتری و پنتاکم/ شنوایی شنجی (انواع ادیومتری)	بند ۶	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
	۸- جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی و تست آلرژی	بند ۶	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
	۹- جبران هزینه های تست های غربالگری جنین شامل مارکهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	بند ۶	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
	۱۰- جبران هزینه های کاردرمانی/ گفتاردرمانی/ فیزیوتراپی	بند ۶	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
	۱۱- جبران هزینه های ویزیت و دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفا مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری		۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
	۱۲- جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی (به استثنای هزینه های مربوط به ارتودنسی، ایمپلنت، دست دندان) و جراحی لثه		۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
	۱۳- جبران هزینه های مربوط به عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک یا اپتومتریست (هر دو سال یکبار)		۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰	۱۰
	۱۴- جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی / دور بینی / آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد		۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
	۱۵- جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک		۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
	۱۶- جراحی های مجاز سرپای شامل: شکستگی و در رفتگی - گچ گیری / ختنه / بخیه / کرایوتراپی / اکسیژن یون لیپوم / بیوپسی / تخلیه کیست و لیزر درمانی		۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
	۱۷- جبران هزینه های اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد		۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
	۱۸- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن		۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	۱۰
	۱۹- هزینه های درمانی و دارو ی بیماران خاص و صعب/علاج		۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰	۱۰

توجه: درصد فرانشیز برای افراد غیر تحت تکفل ۲۰ درصد می باشد.