

## قرارداد بیمه گروهی مزاد درمان

### طرح طلایی

ارقام به ریال						
مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر		مبلغ ماهانه مالیات بر ارزش افزوده و مالیات سلامت				حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان بدون احتساب مالیات
با احتساب ۹ درصد مالیات سال ۱۴۰۰ و مالیات سلامت	درصد مالیات سال ۱۴۰۰	مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر (خالص)	مبلغ مالیات سلامت (۱ درصد)	مبلغ عوارض (۳ درصد)	مبلغ مالیات (۵ درصد)	
۲/۱۴۵/۱۲۰	۱۷۷/۱۲۰	۱/۹۶۸/۰۰۰	۱۹/۶۸۰	۵۹/۰۴۰	۹۸/۴۰۰	۱/۹۶۸/۰۰۰
			۱۷۷/۱۲۰			

فرانشیز (درصد)			حداکثر تعهدات (ریال)	نام تعهدات	ردیف
تحت تکفل	تحت تکفل	قرارداد			
٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۲/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های بستری طبی و جراحی، رادیوتراپی، هر نوع آنژیوگرافی (بجز چشم) انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care تبصره: اعمال جراحی Day Care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد. (هزینه همراه افراد کمتر از ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستان ها)	۱
٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۶/۰۰۰/۰۰۰	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	۲
٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۶/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های آمبولانس خارج 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	۳
٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۴/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	اعمال جراحی تخصصی شامل افزایش سقف تعهدات برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط به سرطان، قلب، مغز، اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان، آنژیو پلاستی و کلیه ی اعمال اینترونشنال عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب بند ۱)	۴
٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	داروهای خوراکی بیماران خاص و صعب العلاج در موارد غیر بستری، طبق تعریف وزارت محترم بهداشت از محل تعهد اعمال جراحی تخصصی	۵
			۴/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	مجموع تعهدات بیمه گر بابت تعهدات ردیف های ۱ تا ۵ جدول حاضر معادل سقف جراحی تخصصی می باشد	
٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	۶
٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های درمان نازایی و ناباروری شامل: اعمال جراحی مرتبط و اقدامات درمانی شامل میکرواینجکشن، IVF و GIFT, ZIFT, IUI	۷
٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	صرفاً جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماری های روانپریشی (هزینه نگهداری بیماران روانپریش تحت پوشش نمی باشد)	۸
٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های پاراکلینیکی گروه ۱ شامل: انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی سربایی عروق محیطی و چشم، انواع سونوگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر ای، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان ایزوتوپ)، دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان)	۹

				<p>هزینه های پاراکلینیکی گروه ۲ شامل انواع اندوسکوپ، ERCP ، خدمات تشخیصی قلب و عروقی شامل نوار قلب ، انواع اکو کاردیوگرافی ، انواع هولترمانیتورینگ ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر ، تیلت تست ، خدمات تشخیصی تنفسی مانند (اسپیرومتری - PFT و ...) ، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (NCV - EMG) ، الکتروانسفالوگرافی (EEG) ، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) ، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم (مانند اپتومتری ، پریمتری ، بیومتری ، باکی متری ، پنتاکم و ...) ، خدمات تشخیصی گوش (مانند تمپانومتری ، انواع دیومتری و ...)</p>	۱۰	
				<p>هزینه های پاراکلینیکی گروه ۳ (آزمایش ها) خدمات آزمایشگاهی (به استثنای مارکرهای جنینی) پاتولوژی، تستهای آلرژیک ، ژنتیک پزشکی (به استثنای آزمایشات ژنتیک جنین و غربالگری ژنتیک والدین)</p>	۱۱	
				<p>هزینه های پاراکلینیکی گروه ۴ خدمات غربالگری جنینی و تشخیص و درمان ناهنجاری های جنینی شامل : اکوی قلب جنین ، مارکر های جنینی و آزمایش های ژنتیک جنین</p>	۱۲	
				<p>هزینه های پاراکلینیکی گروه ۵ (توان بخشی) : فیزیوتراپی (PT) ، گفتار درمانی (ST) ، کاردرمانی (OT)</p>	۱۳	
	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	<p>هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند : شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی</p>	۱۴
	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	<p>جبران هزینه ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری</p>	۱۵
	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	<p>هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی ، جراحی لثه، ایمپلنت ، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی (به استثنای اعمال زیبایی) ، هزینه دندانپزشکی تا زمانی که تعرفه ای در این خصوص توسط هیات محترم دولت ابلاغ نشده باشد بر اساس تعرفه های محاسبه و پرداخت می شود که به صورت سالیانه توسط سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه ، تنظیم و به شرکت های بیمه گر ابلاغ می نماید.</p>	۱۶
	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۷/۰۰۰/۰۰۰	<p>جبران هزینه عینک طبی ، لنز تماس طبی (صرفاً یک نوبت در هر سال بیمه ای)</p>	۱۷
	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	<p>جبران هزینه های رفع عیوب انکساری دو چشم مانند لیزیک ، لازک ، RK ,PRK ، PHAKIC یا کارگذاری رینگ قرنیه یا لنز داخل چشمی و هزینه لنز آرتیزان (طبق فاکتور رسمی و معتبر) - هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دور بینی ، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به علاوه آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد . برای هر چشم نصف سقف مندرج</p>	۱۸
	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۲۵/۰۰۰/۰۰۰	<p>جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک (یک یا دو گوش حداکثر تا سقف مندرج و صرفاً یک نوبت در هر سال بیمه ای)</p>	۱۹
	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	<p>هزینه ی خرید اوروتز (طبق تعرفه وزارت محترم بهداشت) که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد( فهرست و تعرفه های انواع اوروتز سالیانه توسط سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت بیمه تنظیم و ابلاغ می گردد)</p>	۲۰
	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	<p>جبران هزینه های تهیه اعضای طبیعی بدن</p>	۲۱

## قرارداد بیمه گروهی مزاد درمان

### طرح نقره ای

از قام به ریال						
مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر		مبلغ ماهانه مالیات بر ارزش افزوده و مالیات سلامت				حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان بدون احتساب مالیات
یا احتساب ۹ درصد مالیات سال ۱۴۰۰ و مالیات سلامت		مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر (خالص)	مبلغ مالیات سلامت (۱ درصد)	مبلغ عوارض (3 درصد)	مبلغ مالیات (5 درصد)	
۱/۹۹۷/۹۷۰		۱۶۴/۹۷۰	۱/۸۳۳/۰۰۰	۱۸/۳۳۰	۵۴/۹۹۰	۹۱/۶۵۰
		۱۶۴/۹۷۰				

فرانشیز (درصد)			حداکثر تعهدات (ریال)	نام تعهدات	ردیف
تحت تکفل	تحت تکفل	قرارداد			
٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۲/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های بستری طبی و جراحی، رادیوتراپی، هر نوع آنژیوگرافی (بجز چشم) انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care تبصره: اعمال جراحی Day Care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد. (هزینه همراه افراد کمتر از ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستان ها)	۱
٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۳/۰۰۰/۰۰۰	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	۲
٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۶/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های آمبولانس خارج 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	۳
٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۳/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	اعمال جراحی تخصصی شامل افزایش سقف تعهدات برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط به سرطان، قلب، مغز، اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان، آنژیو پلاستی و کلیه ی اعمال اینترونشنال عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب بند ۱)	۴
٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	داروهای خوراکی بیماران خاص و صعب العلاج در موارد غیر بستری، طبق تعریف وزارت محترم بهداشت از محل تعهد اعمال جراحی تخصصی	۵
			۳/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	مجموع تعهدات بیمه گر بابت تعهدات ردیف های ۱ تا ۵ جدول حاضر معادل سقف جراحی تخصصی می باشد	
٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	۶
٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	60/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های درمان نازایی و ناباروری شامل: اعمال جراحی مرتبط و اقدامات درمانی شامل میکرواینجکشن، IVF و GIFT, ZIFT, JUI	۷
٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰	صرفاً جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماری های روانپریشی (هزینه نگهداری بیماران روانپریش تحت پوشش نمی باشد)	۸
٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۳۵۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های پاراکلینیکی گروه ۱ شامل: انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی سرپایی عروق محیطی و چشم، انواع سونوگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان ایزوتوپ)، دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان)	۹

				<p>هزینه های پاراکلینیکی گروه ۲ شامل انواع اندوسکوپ، ERCP ، خدمات تشخیصی قلب و عروقی شامل نوار قلب ، انواع اکو کاردیوگرافی ، انواع هولترمانیتورینگ ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر ، تیلت تست ، خدمات تشخیصی تنفسی مانند (اسپیرومتری - PFT ... ) ، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی ( NCV -EMG ) ، ( الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک ( نوار مثانه ) ، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم ( مانند اپتومتری ، پریمتری ، بیومتری ، باکی متری ، پنتاکم و ... ) ، خدمات تشخیصی گوش ( مانند تمپانومتری ، انواع دیومتری و ... )</p>	۱۰	
				<p>هزینه های پاراکلینیکی گروه ۳ (آزمایش ها ) خدمات آزمایشگاهی (به استثنای مارکرهای جنینی) پاتولوژی، تستهای آلرژیک ، ژنتیک پزشکی ( به استثنای آزمایشات ژنتیک جنین و غربالگری ژنتیک والدین )</p>	۱۱	
				<p>هزینه های پاراکلینیکی گروه ۴ خدمات غربالگری جنینی و تشخیص و درمان ناهنجاری های جنینی شامل : اکوی قلب جنین ، مارکر های جنینی و آزمایش های ژنتیک جنین</p>	۱۲	
				<p>هزینه های پاراکلینیکی گروه ۵ (توان بخشی) : فیزیوتراپی ( PT ) ، گفتار درمانی ( ST ) ، کاردرمانی ( OT )</p>	۱۳	
	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	<p>هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند : شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی</p>	۱۴
	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	<p>جبران هزینه ویزیت، دارو ( براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری</p>	۱۵
	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	<p>هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی ، جراحی لثه، ایمپلنت ، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی ( به استثنای اعمال زیبایی ) ، هزینه دندانپزشکی تا زمانی که تعرفه ای در این خصوص توسط هیات محترم دولت ابلاغ نشده باشد بر اساس تعرفه های محاسبه و پرداخت می شود که به صورت سالیانه توسط سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه ، تنظیم و به شرکت های بیمه گر ابلاغ می نماید.</p>	۱۶
	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۵/۰۰۰/۰۰۰	<p>جبران هزینه عینک طبی ، لنز تماس طبی (صرفاً یک نوبت در هر سال بیمه ای )</p>	۱۷
	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	35/۰۰۰/۰۰۰	<p>جبران هزینه های رفع عیوب انکساری دو چشم مانند لیزیک ، لازک ، RK ,PRK ، PHAKIC یا کارگذاری رینگ قرنیه یا لنز داخل چشمی و هزینه لنز آرتیزان ( طبق فاکتور رسمی و معتبر ) - هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دور بینی ، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ( درجه نزدیک بینی یا دور بینی به علاوه آستیگمات ) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد . برای هر چشم نصف سقف مندرج</p>	۱۸
	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۲۰/000/۰۰۰	<p>جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک (یک یا دو گوش حداکثر تا سقف مندرج و صرفاً یک نوبت در هر سال بیمه ای)</p>	۱۹
	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۱۵/۰۰۰/۰۰۰	<p>هزینه ی خرید اوروتز ( طبق تعرفه وزارت محترم بهداشت ) که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد( فهرست و تعرفه های انواع اوروتز سالیانه توسط سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت بیمه تنظیم و ابلاغ می گردد )</p>	۲۰
	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	<p>جبران هزینه های تهیه اعضای طبیعی بدن</p>	۲۱

## قرارداد بیمه گروهی مزاد درمان طرح همگانی

از قام به ریال						
مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر		مبلغ ماهانه مالیات بر ارزش افزوده و مالیات سلامت				حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان بدون احتساب مالیات
مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر	با احتساب ۹ درصد مالیات سال ۱۴۰۰ و مالیات سلامت	مبلغ حق بیمه ماهانه هر نفر (خالص)	مبلغ مالیات سلامت (۱درصد)	مبلغ عوارض (3 درصد)	مبلغ مالیات (5درصد)	
۳۸۱/۵۰۰	۳۱/۵۰۰	۳۵۰/۰۰۰	3/۵۰۰	۱۰/۵۰۰	۱۷/۵۰۰	۳۵۰/۰۰۰
			۳۱/۵۰۰			

فرانشیز (درصد)			حداکثر تعهدات (ریال)	نام تعهدات	ردیف
غیر تحت تکفل	تحت تکفل	قرارداد			
%۳۰	%۳۰	%۳۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه‌های بستری طبی و جراحی، رادیوتراپی، هر نوع آنژیوگرافی (بجز چشم) انواع سنگ‌شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care تبصره: اعمال جراحی Day Care به جراحی‌هایی اطلاق می‌شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت‌های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد. (هزینه همراه افراد کمتر از ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستان‌ها)	۱
%۳۰	%۳۰	%۳۰	۱/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت‌های 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	۲
%۳۰	%۳۰	%۳۰	۲/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های آمبولانس خارج شهر و سایر فوریت‌های 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	۳
%۳۰	%۳۰	%۳۰	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	اعمال جراحی تخصصی شامل افزایش سقف تعهدات برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط به سرطان، قلب، مغز، اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان، آنژیو پلاستی و کلیه ی اعمال اینترونشنال عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب بند ۱)	۴
%۳۰	%۳۰	%۳۰	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	مجموع تعهدات بیمه گر بابت تعهدات ردیف های ۱ تا ۴ جدول حاضر معادل سقف جراحی تخصصی می باشد	
%۳۰	%۳۰	%۳۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های پاراکلینیکی گروه ۱ شامل: انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی سربایی عروق محیطی و چشم، انواع سونوگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آرآی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان ایزوتوپ)، دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان)	۵
%۳۰	%۳۰	%۳۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های پاراکلینیکی گروه ۲ شامل انواع اندوسکوپی، ERCP، خدمات تشخیصی قلب و عروقی شامل نوار قلب، انواع اکو کاردیوگرافی، انواع هولترمانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی مانند (اسپیرومتری - PFT ... و ...)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (NCV - EMG)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم (مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری، باکی متری، پنناکم و ...)، خدمات تشخیصی گوش (مانند تمپانومتری، انواع دیومتری و ...)	۶

				هزینه های پاراکلینیکی گروه ۳ (آزمایش ها ) خدمات آزمایشگاهی (به استثنای مارکهای جنینی) پاتولوژی، تستهای آلرژیک ، ژنتیک پزشکی ( به استثنای آزمایشات ژنتیک جنین و غربالگری ژنتیک والدین )	۷
				هزینه های پاراکلینیکی گروه ۴ خدمات غربالگری جنینی و تشخیص و درمان ناهنجاری های جنینی شامل : اکوی قلب جنین ، مارکر های جنینی و آزمایش های ژنتیک جنین	۸
				هزینه های پاراکلینیکی گروه ۵ ( توان بخشی ) : فیزیوتراپی ( PT ) ، گفتار درمانی ( ST ) ، کاردرمانی ( OT )	۹
٪۳۰	٪۳۰	٪۳۰	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند : شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۱۰