

| ردیف | شرح تعهدات | سقف تعهدات برای هر نفر | | |
|------|---|------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| | | طرح همگانی | فرانشیز افراد اصلی و تحت تکفل | فرانشیز افراد غیر تحت تکفل |
| ۱ | جراحی عمومی هزینه های طبی و جراحی، رادیوتراپی، هر نوع آنژیوگرافی (بجز چشم)، انواع سنگ شکن در بیمارستان مراکز جراحی محدود و day care. هزینه همراه افراد در بیمارستان وفق آیین شماره ۹۹ مصوب شورای عالی بیمه یا مراکز جراحی محدود، هزینه بستری بیماری های پوستی، داروهای شیمی درمانی (بستری تزریق ویدی)، تزریق آواستین، پونکینسون مایع نخاع و کمربلوک عصبی | ۲۵۰/۰۰۰/۰۰۰ | ۳۰ | ۴۰ |
| ۲ | جراحی تخصصی اعمال جراحی تخصصی مانند: افزایش سقف تعهدات برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز، اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان، آنژیوپلاستی و کلیه اعمال اینترونشنال عروق کرونر و عروق داخل مغز | ۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰ | ۳۰ | ۴۰ |
| ۳ | زایمان هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین | - | ۳۰ | ۴۰ |
| ۴ | پاراکلینیکی تجمیعی پاراکلینیکی گروه ۱ شامل: انواع رادیوگرافی آنژیوگرافی سرپایی عروق محیطی و چشم، انواع سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای شامل (پزشکی هسته ای و درمان ایزوتوپ) پت اسکن، فیبرو اسکن - هزینه های پاراکلینیک گروه ۲ شامل: انواع آندوسکوپی، ERCP، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی، شامل نوار قلب، انواع اکو کاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی مانند (اسپیرومتری و PFT و ...) خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی و (EMG, NCV) الکتروانسفالوگرافی (EEG) خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی (مانند اپتومتری، پریمتری، خدمات تشخیصی گوش مانند (تمپانومتری، انواع ادبومتری، کولپوسکوپی - هزینه های پاراکلینیکی گروه ۳ (آزمایش ها) مانند: خدمات آزمایشگاهی (به استثنای مارکهای جنینی) پاتولوژی، تست های آلرژیک، ژنتیک پزشکی (به استثنای آزمایش های ژنتیک جنین و غربالگری ژنتیک والدین)، تست قند خون، خدمات غربالگری جنینی، شامل اکوی قلب جنین، مارکر های جنینی و آزمایش های ژنتیک جنین - هزینه پاراکلینیکی گروه ۵ شامل: (توانبخشی) فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کاردرمانی (OT)، رفتار درمانی | ۴۰/۰۰۰/۰۰۰ | ۳۰ | ۴۰ |
| ۵ | دندان پزشکی ایمپلنت، ارتودنسی و دست دندان به غیر از موارد زیبایی (ارتودنسی، جرمگیری و بروساژ و دست دندان نیاز به تایید پزشک معتمد بیمه گر) | - | ۳۰ | ۴۰ |
| ۶ | نازایی و ناباروری هزینه درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط و اقدامات درمانی شامل میکرواینجکشن، IVF, GIFT, ZIFT, IUI | - | ۳۰ | ۴۰ |

| | | | | |
|---------------------|----|------------|---|----|
| ۴۰ | ۳۰ | ۶/۰۰۰/۰۰۰ | آمبولانس هزینه آمبولانس مشروط به بستری شدن داخل شهر وفق آیین نامه ۹۹ مصوب شورای عالی بیمه -هزینه آمبولانس مشروط به بستری شدن خارج از شهر وفق آیین نامه ۹۹ شورای عالی بیمه | ۷ |
| ۴۰ | ۳۰ | ۲۰/۰۰۰/۰۰۰ | جراحی های مجاز سرپایی شکستگی، دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست، لیزر درمانی، اوزون تراپی، PRP، طب سوزنی، هزینه های سرپایی بیماری های پوستی (غیر زیبایی) تذکر: جبران هزینه های اوزون تراپی و PRP، در صورت جنبه درمانی مشروط با تایید پزشک معتمد بیمه گر میباشد | ۸ |
| ۴۰ | ۳۰ | - | ویزیت، دارو و خدمات اورژانس دارو، انواع ویزیت و مشاوره، دارو های خارجی و مکمل و انواع ویتامین ها (دارو های خارجی و مکمل، تقویتی و انواع ویتامین ها، دارو های گیاهی، داروهای پوست و مو در صورت جنبه درمانی، هورمون رشد، داروهای تک نسخه ای، دارو های خوراکی بیماران خاص همگی مشروط به تایید پزشک بیمه گر) سرنگ انسولین، پانسمان، نوار تست قند خون | ۹ |
| ۴۰ | ۳۰ | - | عینک و لنز طبی عینک طبی و لنز تماسی با تجویز پزشک یا اپتومتریست | ۱۰ |
| ۴۰ | ۳۰ | - | رفع عیوب انکساری چشم حداکثر سقف عیوب انکساری هر دو چشم با حداقل درجه نقص بینایی هر چشم معادل ۳ دیوپتر (درجه نزدیک بین، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق آن ها) به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر -فتمولیزیک، رفع عیوب انکساری هر دو چشم | ۱۱ |
| ۴۰ | ۳۰ | - | سمعک جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک (یک یا دو گوش حداکثر تا سقف مندرج و صرفا یک نوبت در هر سال بیمه ای) | ۱۲ |
| ۴۰ | ۳۰ | - | اروتز و پروتز اروتز و لوازم طبی مانند: ویلچر، واکر، عصا، جوراب واریس، کفی طبی، کفش طبی، کمر بند طبی، مچ بند طبی، گردن بند طبی، قوز بند طبی، زانوبند طبی، بریس پلاستیکی کوتاه و بلند، تشک برقی، تشک موج و کیسه کلهتومی) در صورت تجویز پزشک متخصص (تحت هر شرایطی قبل و بعد از عمل جراحی، و مشروط به تایید پزشک معتمد بیمه گر) | ۱۳ |
| ۵۰۰/۰۰۰ ریال | | | حق بیمه هر نفر ماهانه | |