

جدول میزان تعهدات سالیانه و حق بیمه ماهیانه هر نفر (ارقام به ریال)

شرح پوشش بیمه ای	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	طرح ۴
۱ هزینه های بستری جراحی day care در بیمارستان و مرکز جراحی محدود و آمبولانس	بدون سقف	بدون سقف	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲ هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط به سرطان، قلب، مغز اعصاب مرکزی و نخاع کمر ستون فقرات، ریه، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان، آنژیوپلاستی عروق داخل مغز (با احتساب ردیف ۱)	بدون سقف	بدون سقف	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳ هزینه های زایمان طبیعی و سزارین	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۴ بخش هزینه های مربوط به درمان به درمان ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط IVF, ZIFT, GIFT, میکرواینجکشن	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۵ هزینه های انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی، عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان (رادیونوئوتوب) دانسیتومتری)	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۶ هزینه های انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکو کاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز بیس میکرو، EECF، تبلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترو مغز گرافی و هدایت عصبی، پرز NCV EMG (الکترواستاگرافی، EEG)، خدمات تشخیصی پروتئینی سنجی (انواع ادیومتری)				
۷ هزینه انواع خدمات آزمایش های تخصصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک				
۸ هزینه فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، گازدرمانی (OT)				
۹ هزینه سنجش غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	-
۱۰ هزینه های بستری جهت درمان بیماری های روان پریشی				
۱۱ هزینه های ویزیت، دارو، ترانسپورت، فحریست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اولیه خدمات ویزیت در موارد غیر بستری				
۱۲ هزینه های سریایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه یا لثودنسی و ایمپلنت یا اعمال				
۱۳ هزینه مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماسی طبی یا تأیید پزشک متخصص و اپتومتریست مراکز تعدیل	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	-
۱۴ هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد همراهی	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۵ هزینه های مربوط به خرید سمعک	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	-
۱۶ هزینه جراحی های مجاز سریایی در مطب مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، معتمد بخیه، گرایو کرایو، آکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۷ هزینه تهیه اعضای بدن	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	-
۱۸ جبران هزینه انتقال بیمار با آمبولانس در موارد اورژانس در داخل شهر، در هر بار استفاده حداکثر تا مبلغ ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال به شرط بستری شدن و یا حین بستری (از مصل ردیف ۱)				
۱۹ جبران هزینه انتقال بیمار با آمبولانس در موارد اورژانس در بین شهری، در هر بار استفاده حداکثر تا مبلغ ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال به شرط بستری شدن و یا حین بستری (از مصل ردیف ۱)				
میزان حق بیمه ماهیانه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ برای همه ردیف ها با اعمال تخفیف	۲۹,۹۰۰,۰۰۰	۲۸,۲۰۰,۰۰۰	۲۱,۳۰۰,۰۰۰	۱۶,۴۵۰,۰۰۰