

ردیف	عنوان	شرح تعهدات	طرح طلایی (ریال)	فرانشیز	طرح نقره‌ای (ریال)	فرانشیز
۱	هزینه های بیمارستانی (تعهد پایه)	جبران هزینه های بستری ، جراحی ، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
۲	آمبولانس داخل شهر	هزینه آمولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی در داخل شهر	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪	۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
۳	آمبولانس خارج شهر	هزینه آمولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی بین شهری	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪	۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
۴	جراحی های تخصصی	جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط به سرطان، مغزو اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان، آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
مجموع تعهدات بیمه گر بابت تعهدات ردیف های ۱ تا ۴ جدول حاضر معادل سقف جراحی تخصصی می باشد .						
مجموع تعهدات بیمه گر بابت تعهدات ردیف های ۱ تا ۳ جدول حاضر معادل سقف جراحی تخصصی می باشد .						
۵	زایمان	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
۶	تست های غربالگری	جبران هزینه تستهای غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪	تحت پوشش نمی باشد	
۷	پاراکلینیک گروه ۱	جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی ، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
۸	پارا کلینیک گروه ۲	جبران هزینه انواع آندوسکوپی ، خدمات تشخیص قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی ، انواع اکوگاردیوگرافی-انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی مانند (اسپیرومتري و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG و NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG) ، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوارمخانه)، خدمات تشخیصی و برتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
۹	پاراکلینیک گروه ۳	جبران هزینه انواع خدمات آزمایش های تشخیص پزشکی شامل پاتولوژی، ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
۱۰	پاراکلینیک گروه ۵	جبران هزینه های فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST) و کاردرمانی (OT)	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
۱۱	جراحی های مجاز	جبران هزینه اعمال مجاز سرپائی مانند: شکستگی، دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، گرایوتراپی، اکسیژن، لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
۱۲	ویزیت	جبران هزینه های ویزیت	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪	تحت پوشش نمی باشد	
۱۳	دارو	جبران هزینه های دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول)	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪	تحت پوشش نمی باشد	
۱۴	خدمات اورژانس	جبران هزینه خدمات اورژانس	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪	تحت پوشش نمی باشد	
حداکثر سقف تعهدات ردیف های ۱۲، ۱۳ و ۱۴ (ویزیت و دارو و خدمات اورژانس)						
۱۵	دندان پزشکی	جبران هزینه های خدمات دندانپزشکی (به استثناء اعمال زیبایی)	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪	تحت پوشش نمی باشد	
۱۶	عینک	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪	۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
۱۷	رفع عیوب انکساری دو چشم	هزینه رفع عیوب انکساری دو چشم، درموردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینائی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
۱۸	نازایی و ناباروری	حداکثر سقف تعهدات هزینه های نازایی و ناباروری	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
۱۹	سمعک	جبران هزینه مربوط به خرید سمعک	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪
۲۰	تزریقات	تزریقات و سرم	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰٪