

حداکثر فرانشیز	درصد فرانشیز	حداکثر تعهدات سالیانه		شرح تعهدات بیمه گر
		خانواده	نفر	
۰	۱۰	بدون سقف	بدون سقف	۱ جبران هزینه های بستری ، جراحی، آنژیوگرافی قلب ، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CARE
۰	۱۰	۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲ هزینه رفع عیوب انکساری دو چشم ،در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر ،درجه نزدیک بینی ، دور بینی ، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینائی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد
۰	۱۰	۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳ هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی در داخل شهر .
۰	۱۰	۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۴ هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی بین شهری .
۰	۱۰	۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵ هزینه های زایمان طبیعی و سزارین
۰	۱۰	بدون سقف	بدون سقف	۶ جبران هزینه های شیمی درمانی ، رادیوتراپی ، اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغزو اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک ستون فقرات ، گامانایف، قلب ، پیوند ریه ، پیوند کبد، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان ، آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز
۰	۱۰	۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷- جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری
۰	۱۰	۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸- جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECp، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل ( اسپرومتری و PFT) ، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV) ، الکتروانسفالوگرافی (EEG) ، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)
۰	۱۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۹- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچگیری، خسته، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی
۰	۱۰	۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰- جبران هزینه تستهای غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین
۰	۱۰	۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۱- جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تستهای آلرژیک
۰	۱۰	۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲- جبران هزینه فیزیوتراپی (PT) ، گفتار درمانی (ST) ، کار درمانی (OT)
۰	۱۰	بدون سقف	بدون سقف	حداکثر تعهدات ردیفهای ۱ ، ۳ ، ۴ و ۶
۰	۱۰	بدون سقف	بدون سقف	حداکثر تعهدات ردیفهای ۱ ، ۳ و ۴



۰	۱۰	۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر سقف تعهدات ردیف ۷ و ۸ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲
۰	۱۰	۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۳ جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست
۰	۱۰	۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های خدمات دندانپزشکی
۰	۱۰	۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های ویزیت
۰	۱۰	۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفا مزاد بر سهم بیمه گر اول)
۰	۱۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه مربوط به خرید سمعک
۰	۱۰	۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه خدمات اورژانس
۰	۱۰	۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر سقف تعهدات ویزیت و دارو و خدمات اورژانس
۰	۱۰	۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماریهای روانپزشکی
۰	۱۰	۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن
		۰	بدون سقف	حداکثر تعهدات سالیانه بیمه گر

نوع گروه سایر: گروه سایر پاراکلینیکی نام گروه سایر: جبران هزینه کمک توانبخشی (جمعا برای ۱۰ تعهد ذیل ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)

ردیف	بیماری تحت پوشش	تحت پوشش	سقف هر نوبت خسارت	سرمایه خانواده	سرمایه هر بیمه شده اصلی	حق بیمه ماهانه	حداکثر فرانشیز
۱	کفش طبی (بدون نیاز به عمل جراحی)		۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۲	تشک موج		۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۳	کفی طبی (بدون نیاز به عمل جراحی)		۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۴	کمر بند طبی (بدون نیاز به عمل جراحی)		۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۵	گردنبند طبی (بدون نیاز به عمل جراحی)		۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۶	کرست طبی (بدون نیاز به عمل جراحی)		۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۷	مچ بند طبی (بدون نیاز به عمل جراحی)		۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۸	اورتر مشروط به جراحی		۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۹	واکر (بدون نیاز به عمل جراحی)		۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۱۰	عصا (بدون نیاز به عمل جراحی)		۰	۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰

نوع گروه سایر: گروه سایر بیمارستانی نام گروه سایر: جبران هزینه مربوط به نازائی و ناباروری (جمعا برای ۲ تعهد ذیل ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)

ردیف	بیماری تحت پوشش	تحت پوشش	سقف هر نوبت خسارت	سرمایه خانواده	سرمایه هر بیمه شده اصلی	حق بیمه ماهانه	حداکثر فرانشیز
۱	نازایی		۰	۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۲	داروی نازایی		۰	۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰

نوع گروه سایر: گروه سایر پاراکلینیکی نام گروه سایر: سایر پاراکلینیکی (جمعا برای ۸ تعهد ذیل ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)

ردیف	بیماری تحت پوشش	تحت پوشش	سقف هر نوبت خسارت	سرمایه خانواده	سرمایه هر بیمه شده اصلی	حق بیمه ماهانه	حداکثر فرانشیز
۱	تحریک مغناطیسی مغز یا RTMS	پاراکلینیکی (گروه اول)	۰	۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۲	کایروپراکتیک	پاراکلینیکی (گروه اول)	۰	۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۳	تزریقات و سرم	ویزیت	۰	۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۴	مشاوره و روان درمانی	ویزیت	۰	۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۵	نوروفیدبک و بیوفیدبک	فیزیوتراپی	۰	۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۶	اوزن تراپی	پاراکلینیکی (گروه اول)	۰	۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰
۷	پایپ، قند خون	پاراکلینیکی (گروه دوم)	۰	۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰



۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰	ویزیت	پانسمان	۸
---	-------------	---	---	-------	---------	---

نوع گروه سایر: گروه سایر بیمارستانی نام گروه سایر: هزینه های داروی خاص (جمعا برای ۱ تعهد ذیل ۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال)

ردیف	بیماری تحت پوشش	تحت پوشش	سقف هر نوبت خسارت	سرمایه خانواده	سرمایه هر بیمه شده اصلی	حق بیمه ماهانه	حداکثر فرانشیز
۱	داروهای خاص		۰	۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۱۰