

جدول پوشش بیمه‌ای، میزان تعهدات و فرانشیز

ردیف	شرح پوشش بیمه ای	تعهدات طرح یک	تعهدات طرح دو	تعهدات طرح سه	درصد فرانشیز
۱	جبران هزینه های بستری ، جراحی ، Day Care در بیمارستان و مراکز جراحی محدود	۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪
۲	جبران هزینه شیمی درمانی،رادیوتراپی،اعمال جراحی مرتبط با سرطان ، قلب، مغز ، اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک ستون فقرات، گامانایف ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان،آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب ردیف ۱)	۹۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪
۳	جبران هزینه‌های زایمان طبیعی و سزارین	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪
۴	پوشش هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط IUI، GIFT، ZIFT، میکرو اینجکشن و IVF	۰	۰	۰	-
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 رادیوایزوتوپ)دانسیتومتری	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪
۶	هزینه های انواع آندوسکوپی،خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی،انواع اکوکاردیوگرافی،انواع هولترمانیتورینگ،تست ورزش،آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست،خدمات تشخیصی تنفسی شامل(اسپیرومتری و PFT)خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی(INCV EMGالکتروانسفالوگرافی) (EEG خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)،خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری ،پریمتری،بیومتری،پنتاکم ، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪
۷	جبران هزینه انواع خدمات آزمایش های تشخیصی پزشکی شامل پانولوی و ژنتیک پزشکی ،تست های آلرژیک جبران هزینه فیزیوتراپی(PT)گفتار درمانی(ST،کاردرمانی OT))	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪
۱۱	جبران هزینه های ویزیت ، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستر	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪
۱۲	جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه بدون ایمپلنت و ارتودنسی	۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪
۱۳	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تأیید پزشک متخصص	۰	۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪
۱۴	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ،دوربینی،آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۵۳دیوپتر یا بیشتر باشد	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪
۱۵	جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک	۰	۰	۰	۲۰٪
۱۶	هزینه جراحی های مجاز سرپایی مانند: شکستگی و دررفتگی، گچ گیری،ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی ، تخلیه کیست و لیزردرمانی	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪
۱۷	هزینه تهیه اوروتز که بلا فاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد	۰	۰	۰	-
۱۸	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن	۰	۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰٪
	جبران هزینه انتقال بیمار با آمبولانس در موارد اورژانس در داخل شهر، در هر بار استفاده حداکثر تا مبلغ ۱۰۰۰۰۰۰ ریال (از محل ردیف ۱)	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	-
	جبران هزینه انتقال بیمار با آمبولانس در موارد اورژانس بین شهری، در هر بار استفاده حداکثر تا مبلغ ۲۰۰۰۰۰۰ ریال (از محل ردیف ۱)	۷,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	-