

ردیف	شرح تعهدات بیمه گر	حد اکثر تعهدات سالانه	فرانشیز (%)
۱	اعمال جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود day care (با بیش از شش ساعت بستری) و نیز آنژیو گرافی قلب ، انواع سنگ شکن ، جراحی دیسک، ستون فقرات ، پیوند قرنیه چشم، شیمی درمانی، رادیو تراپی وهمچنین بستری جهت درمان طبی در بیمارستان ، اعمال جراحی چشم آب مروارید (کاتاراکت) تا سقف	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۲	هزینه های بیمارستانی اعمال جراحی تخصصی شامل اعمال جراحی مربوط به سرطان ، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک، ستون فقرات، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان ، پیوند ریه ، پیوند کبد و گامانایف ، آنژیوپلاستی ، عروق کرونر و عروق داخل مغز با احتساب بند یک تا سقف	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۳	زایمان اعم از طبیعی و سزارین و کورتاژ و تخلیه تا سقف	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۴	درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط ، IUI ، ZIFT ، GIFT ، IVF و میکرو اینجکشن	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۵	هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل انواع رادیوگرافی ، آنژیوگرافی ، آنژیوگرافی چشم ، سونوگرافی ، ماموگرافی ، انواع اسکن ، انواع سی تی اسکن ، انواع آندوسکوپی ، MRI ، و دانسیتومتری ، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ) تا سقف	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۶	هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری PFT) ، نوار عضله (EMG) نوار عصب (NCV) ، نوار مغز (EEG) ، نوار مثنه (سیستومتری یا سیستوگرام) ، شنوایی سنجی ، نوار قلب ، هولتر مانیتورینگ قلب و آنژیوگرافی چشم ، اکوکاردیوگرافی ، استرس اکو، خدمات تشخیصی قلب و عروق شامل انواع الکتروکاردیوگرافی ، EECF ، انواع اکوکاردیوگرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، آنالیز پیس میکر ، تیلت تست ، الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی ، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری ، پریمتری ، بیومتری و پنتاکم و شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۷	هزینه های پاراکلینیکی گروه سوم (خدماتی آزمایشگاهی) شامل آزمایشات تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی یا ژنتیک پزشکی ، انواع تستهای آلرژی تا سقف	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۸	هزینه های پاراکلینیکی گروه چهارم شامل تستهای غربالگری جنین شامل مارکهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین تا سقف	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۹	هزینه های پاراکلینیکی گروه پنجم شامل هزینه فیزوتراپی PT ، گفتار درمانی ST و کاردرمانی OT تا سقف	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۱۰	هزینه جراحی مجاز سرپایی شامل شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه ، بخیه ، کرایو تراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، لیزر درمانی چشم، و تخلیه چشم ، تخلیه کیست ، لیزر درمانی	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۱۱	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دور بینی، استیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی بعلاوه نصف استیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد برای دو چشم تا سقف	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۱۲	هزینه های عینک شامل خرید عینک طبی و لنز تماس طبی با تشخیص چشم پزشک یا اپتومتریست تا سقف	۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۱۳	ویزیت و دارو (جبران هزینه های ویزیت و هزینه های مربوط به دارو براساس فهرست اقلام مجاز داروهای کشور) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری و تزریقات تا سقف	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۱۴	دندان پزشکی شامل خدمات کشیدن ، جرم گیری، بروساژ ، ترمیم ، پرکردن، درمان ریشه و روکش و جراحی لثه تا سقف	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۱۵	غرامت فوت	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰
۱۶	هزینه آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	هزینه های مربوط به آمبولانس درون شهری	۳,۰۰۰,۰۰۰
		هزینه های مربوط به آمبولانس برون شهری	۶,۰۰۰,۰۰۰