

ردیف	تعهدات بیمه گر			طرح ۱	طرح ۲	فرائشیز
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی و اعمال جراحی Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.			بدون سقف	بدون سقف	۱۰٪
۲	جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی و اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب – مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند ریه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز			بدون سقف	بدون سقف	۱۰٪
۳	جبران هزینه داروی بیماریهای خاص و صعب العلاج بصورت سربایی			بدون سقف	بدون سقف	۱۰٪
۴	جبران هزینه زایمان طبیعی، کورتاژ تخلیه ای و عمل سزارین			بدون سقف	بدون سقف	۱۰٪
۵	جبران هزینه درمان نازائی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI, GIFT, ZIFT، میکرواینجکشن و IVF			بدون سقف	بدون سقف	۱۰٪
۶	جبران کلیه هزینه های خدمات پاراکلینیکی و خدمات درمانی و سربایی شامل: انواع سونوگرافی، انواع ماموگرافی، انواع سی تی اسکن، کوتو اسکن، انواع اسکن، فبرو اسکن، گانفو اسکن، انواع آندوسکوپی، انواع کولونوسکوپی، انواع آنژیوگرافی (به غیر از قلب)، سی تی آنژیو گرافی دو چشم، انواع توبوگرافی، آنژیو اسکن قلب، انواع اکو، اکو اسکن، اکوگاردیوگرافی، استرس اکو، اکوی چشم، اکو داپلر مغزی، NST، نوار قلب جنین، سنجش تراکم استخوان (دانسیتومتری)، طب سوزنی در صورت تجویز پزشک متخصص و تایید پزشک معتمد بیمه گر، انواع MRI، انواع BRAIN MAPPING، آستوگرافی (تست متاکولین)، DELCO، سیستم اسکوپ، رکتوسکوپی، تست اورودینامیک، پاپ اسمیر، تست پوستی، پاکیمتری، انواع بیوپسی، انواع روشهای کاردرمانی و همچنین انواع اقدامات توانبخشی مانند بازتوانی قلبی، گفتار درمانی، گفتار درمانی ناشی از کاشت حلزون، کاردرمانی، انواع نوار (مانند نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه)، سنجش شنوایی (ادیومتری)، تمپانومتري، SRT، SDS، PTA، شستشوی گوش، پریمتری، بررسی عصب بینایی، اپتومتري، پنتاکم، OCT، کوتریزاسیون، SMART PLUG، ICG، HRT، NSIP، IOLMASTER، فوندوسکوپی، تمپانومتري، هولتر مانیتورینگ (قلب و فشار خون)، کنترل فشارخون، آنالیز پیس میکر، رکتوسکوپی جبران هزینه های مربوط به خدمات آزمایشات تشخیصی و انواع آزمایشات آسیب شناسی، پاتولوژی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیولوژی، نوار قلب، انواع رادیوگرافی، انواع فیزیوتراپی و لیزر فیزیوتراپی، PRP، کاپروپراکتیک (منوط به ارائه گواهی از پزشک متخصص ارتوپد یا مغزواعصاب)، آزمایشهای پزشکی هسته ای، کاپیلرواسکوپی، تست ورزش، انواع لیزر درمانی (بجز لیزر درمانی چشم)، انواع روشهای تشخیصی و درمانی پزشکی هسته ای مانند UBT، یدترابی، APS تراپی، پلی سونوگرافی، انواع خدمات تشخیصی چشم، هزینه آزمایشات ژنتیک، تصویربرداری های پزشکی، هزینه های EECF، بیماریها و ناهنجاریهای جنین، مگنت تراپی، شوک ویوتراپی، اوزون تراپی (منوط به ارائه گواهی و جواب MRI) نوروفیدبک، بیوفیدبک، مانومتري، انواع تست آلرژی، تست TILT، تست تعادل، تست V.E.P.S، انواع تست های تنفسی مانند اسپرومتری، PFT، بادی پلتسموگرافی، بادی باکس (BODY BOX) ارگواسپرومتری و رینومانومتري، استفاده از MCT، DLCO، PIMAX، PEMAX، RV-TIC، SBO2، IDACOMPACT (با ارائه گواهی و شرح درمان) اعمال جراحی مجاز سربایی شامل: انواع درمان کرایوتراپی، ختنه، یخیه، کشیدن یخیه، تخلیه و برداشت کیست و آبسه و لیزر، شکستگی ها، در رفتگی، آتل گذاری، گچ گیری (باز کردن و بستن و لوازم گچ گیری)، اکسیژون لیوم، کشیدن ناخن، درمان خونریزی بینی مانند سوزاندن و تامپونمان، شکافتن آبسه کف دهان، میخچه، زگیل، پانسمان، خارج کردن جسم خارجی، بیرون آوردن پین، شالازیون (تورمی کیستی در پلک) تست خواب، کوتر، ناخنک چشم، خدمات اورژانس در موارد بستری و غیر بستری، انواع تزریقات، تزریق داخل مفاصل، لیزر کم توان و پرتوان، تزریق خون، تزریق داخل ضایعه (بجز زیبایی)، اقدامات کمک درمانی همانند تزریقات و انواع پانسمان، سونداز، ساکشن، اکسیژن تراپی، سرم تراپی، مونیتورینگ بیمار، شستشوی گوش، پالس اکسیمتری، واکسیناسیون (بجز بیماریهای ایدمی)، حجامت، نوار قند، تست قندخون، فصد خون، الکترو کوتر، اسکن کف، بیرون آوردن جسم خارجی از گوش و بینی، برداشتن میخچه، پرداخت هزینه آزمایشات بیماری کووید ۱۹ (کرونا) با تجویز پزشک متخصص مربوطه (عفونی، ریه و طب اورژانس) چکاپ کرونا غیر قابل پرداخت می باشد.			بدون سقف	۲۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰٪
۷	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 قدرمطلق نقص بینایی هر چشم سه دیوپتر یا بیشتر باشد.			بدون سقف	بدون سقف	۱۰٪
۸	جبران هزینه های مربوط به ویزیت پزشک، ماما، اپتومتریست، تغذیه (صرفا هزینه ویزیت قابل پرداخت می باشد و سایر هزینه ها منجمله رژیم درمانی و ... قابل پرداخت نمی باشد) روانشناس و انواع مشاوره (طبق گواهی و تایید پزشک متخصص اعصاب و روان) هزینه ویزیت اعم از کارشناس و کارشناس ارشد پروانه دار و جبران هزینه داروهای خارجی و ایرانی که صرفا جنبه درمانی برای بیمار داشته باشد قابل پرداخت می باشد. ❖ هزینه های دارو براساس لیست دارویی کشور (فارماکوپه) قابل جبران می باشد. درخصوص داروی خارجی در صورت داشتن تولید داخلی براساس نرخ تولید داخل پرداخت می گردد و در صورت نداشتن تولید داخل براساس نرخ مراکز دارویی معتبر از جمله داروخانه ۱۳ آبان صورت می پذیرد. ضمنا در خصوص تعهد هزینه داروی ویتامین و مکمل با تجویز پزشک متخصص و تهیه از داروخانه مجاز و تایید درمانی بودن آن توسط پزشک معتمد بیمه گر قابل جبران می باشد. پرداخت هزینه های داروهای گیاهی و داروهای پوستی که جنبه درمانی دارد براساس تجویز پزشک متخصص مربوطه قابل پرداخت می باشد. داروهای مکمل و تقویتی با تجویز پزشک متخصص مرتبط و تهیه از داروخانه مجاز و تایید درمانی بودن آن توسط پزشک معتمد بیمه گر قابل جبران می باشد.			بدون سقف	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰٪
۹	جبران هزینه های سربایی و بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه از جمله ارتودنسی، ایمپلنت و دست دندان مصنوعی (به استثناء اعمال زیبایی) ❖ هزینه های دندانپزشکی براساس تعرفه وزارت بهداشت و درمان قابل پرداخت می باشد.			هر نفر (شناور)	۱۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰٪
۱۰	جبران هزینه اعضای طبیعی بدن با تایید انجمن حمایتی مربوطه			بدون سقف	۸۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰٪
۱۱	جبران هزینه سمعک با تجویز پزشک متخصص گوش			جهت دو گوش	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰٪
۱۲	جبران هزینه عینک طبی و لنز تماسی طبی با تجویز متخصص چشم یا اپتومتریست			جهت دو گوش	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰٪
۱۳	جبران هزینه ارتوز و وسایل کمک پزشکی بلافاصله بعد از عمل جراحی با تجویز پزشک معالج متخصص مربوطه و تایید پزشک معتمد بیمه گر شامل: عصا، واکر، کپسول اکسیژن، جوراب واریس، تشک مواج، کشش طبی، کمربند طبی، گردنبند طبی، زانوبند طبی، کفی طبی، کف بند، اسپیلنت، مج بند، نشت بند، بریس، کیسه یوروستومی			بدون سقف	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰٪
۱۴	جبران هزینه ویلچر با تایید پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر جهت ۱۰ نفر از بیمه شدگان یا درخواست کتبی بیمه گذار			بدون سقف	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰٪
۱۵	هزینه های آمبولانسی و سایر فوریت های پزشکی (مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی – درمانی طبق دستور پزشک معالج) داخل شهری			بدون سقف	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰٪
۱۶	هزینه های آمبولانسی و سایر فوریت های پزشکی (مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی – درمانی طبق دستور پزشک معالج) خارج شهری			بدون سقف	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰٪