

تعهدات طرح طلایی

| فرانشیز | تعهد برای | | سقف تعهد طرح طلایی | سقف تعهدات بیمه گر | ردیف |
|---------|-----------|-----|-----------------------|--|------|
| | خانواده | نفر | | | |
| ۱۰ | | * | ۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | جبران هزینه‌های 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. | ۱ |
| ۱۰ | | * | ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | جبران هزینه‌های 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 مغزاستخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز | ۲ |
| ۱۰ | * | | ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ | جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین | ۳ |
| ۱۰ | | * | | جبران هزینه درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، Gift, Zift، میکرواینجکشن و Ivf | ۴ |
| ۱۰ | | * | ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | جبران هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل: 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 | ۵ |
| | | | | جبران هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل: انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی (شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست) خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG، NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتویزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) | ۶ |
| | | | | جبران هزینه پاراکلینیکی گروه سوم شامل: انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک) | ۷ |
| | | | | جبران هزینه پاراکلینیکی گروه چهارم شامل: تست های غربالگری جنین (مارکهای جنینی و آزمایشات زنتیک جنین) | ۸ |
| | | | | جبران هزینه های پاراکلینیکی گروه پنج شامل: فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کاردرمانی (OT) | ۹ |
| ۱۰ | | * | ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | جبران هزینه های اعمال مجاز سرپائی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (فهرست اعمال غیر مجاز در مطب پیوست ۱ می باشد) | ۱۰ |
| ۱۰ | | * | ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | 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 ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. | ۱۱ |
| ۱۰ | | * | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | جبران هزینه های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً "مازاد بر سهیم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری | ۱۲ |
| ۱۰ | | * | ۸۵,۰۰۰,۰۰۰ | جبران هزینه های سرپائی و بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه | ۱۳ |
| ۱۰ | | * | ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ | جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماس طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست | ۱۴ |
| ۱۰ | | * | ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ | جبران هزینه مربوط به خرید سمعک | ۱۵ |
| ۱۰ | | * | ۳,۰۰۰,۰۰۰ | داخل شهری | ۱۹ |
| ۱۰ | | * | ۴,۰۰۰,۰۰۰ | بین شهری | |

هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج

تعهدات طرح نقره‌ای

| ردیف | سقف تعهدات بیمه گر | | سقف تعهد طرح نقره ای | تعهد برای | | فرانشیز |
|------|--------------------|---------|-------------------------|-----------|-----------|---|
| | نفر | خانواده | | | | |
| ۱ | ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۱۰ | | | جبران هزینه‌های 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. |
| ۲ | ۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۱۰ | | | جبران هزینه‌های 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 مغزاستخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز |
| ۳ | ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۱۰ | | | جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین |
| ۴ | | * | ۱۰ | | | جبران هزینه درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، Gift، Zift، میکرواینجکشن و Ivf |
| ۵ | ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۱۰ | | | جبران هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل: انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری |
| ۶ | | * | ۱۰ | | | جبران هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل: انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی (شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست) خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG، NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پن‌تاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) |
| ۷ | | * | ۱۰ | | | جبران هزینه پاراکلینیکی گروه سوم شامل: انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک) |
| ۸ | | * | ۱۰ | | | جبران هزینه پاراکلینیکی گروه چهارم شامل: تست های غربالگری جنین (مارکهای جنینی و آزمایشات زنتیک جنین) |
| ۹ | | * | ۱۰ | | | جبران هزینه های پاراکلینیکی گروه پنج شامل: فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کاردرمانی (OT) |
| ۱۰ | ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۱۰ | | | جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (فهرست اعمال غیر مجاز در مطب پیوست ۱ می باشد) |
| ۱۱ | ۹۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۱۰ | | | 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 ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. |
| ۱۲ | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۱۰ | | | جبران هزینه های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً "مازاد بر سهیم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری |
| ۱۳ | ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۱۰ | | | جبران هزینه های سرپایی و بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه |
| ۱۴ | ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۱۰ | | | جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماس طبی یا تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست |
| ۱۵ | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۱۰ | | | جبران هزینه مربوط به خرید سمعک |
| ۱۹ | ۲,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۱۰ | | داخل شهری | هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج |
| | ۳,۰۰۰,۰۰۰ | * | ۱۰ | | بین شهری | |

تعهدات طرح بر نری

| فرانشیز | تعهد برای | | سقف تعهد طرح بر نری | سقف تعهدات بیمه گر | ردیف |
|---------|-----------|-----|------------------------|--|------|
| | خانواده | نفر | | | |
| ۱۰ | * | * | ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | جبران هزینه‌های 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 . | ۱ |
| ۱۰ | * | * | ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | 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 مغزاستخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز | ۲ |
| ۱۰ | * | * | ۷۰,۰۰۰,۰۰۰ | جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین | ۳ |
| ۱۰ | * | * | | جبران هزینه درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط ، IUI ، Gift,Zift ، میکرواینجکشن و Ivf | ۴ |
| ۱۰ | * | * | ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | جبران هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل : 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 | ۵ |
| | | | | جبران هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل : انواع آندوسکوپی ، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی (شامل انواع الکتروکاردیوگرافی ، انواع اکوکاردیوگرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز بیس میکر ، EECp ، تیلت تست) خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT) ، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG ، NCV) ، الکتروانسفالوگرافی (EEG) ، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) ، خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی چشم مانند اپتومتری ، پریمتری ، بیومتری و پنتاکم ، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) | ۶ |
| | | | | جبران هزینه پاراکلینیکی گروه سوم شامل : انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (پاتولوژی و ژنتیک پزشکی ، تست های آلرژیک) | ۷ |
| | | | | جبران هزینه پاراکلینیکی گروه چهارم شامل : تست های غربالگری جنین (مارکرهای جنینی و آزمایشات زنتیک جنین) | ۸ |
| | | | | جبران هزینه های پاراکلینیکی گروه پنج شامل : فیزیوتراپی (PT) ، گفتار درمانی (ST) ، کاردرمانی (OT) | ۹ |
| ۱۰ | * | * | ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | جبران هزینه های اعمال مجاز سرپائی مانند شکستگی و در رفتگی ، گچ گیری ، ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی ، اکسیژن لیپوم ، بیوپسی ، تخلیه کیست و لیزر درمانی (فهرست اعمال غیر مجاز در مطب پیوست ۱ می باشد) | ۱۰ |
| ۱۰ | * | * | ۳,۰۰۰,۰۰۰ | داخل شهری | ۱۹ |
| ۱۰ | * | * | ۴,۰۰۰,۰۰۰ | بین شهری | |