

طرح نقره ای :

ردیف	تعهدات بیمه گر	سقف تعهدات برای هر نفر (ریال)	فرانشیز
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، هزینه عمل جراحی دیسک ستون فقرات، تعویض مفصل، آوزون تراپی (با درخواست پزشک متخصص مغز و اعصاب جهت جراحی کمر)، پروتز داخل بدن در صورتیکه جنبه درمانی داشته باشد یا تایید پزشک معتمد بیمه گر (به استثناء زیبایی)، کاشت حلزون و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care تبصره: اعمال جراحی Day Care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۲۰
۲	هزینه های بیمارستانی شامل اعمال جراحی تخصصی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند ریه و پیوند مغز استخوان	۶۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۲۰
۳	جبران هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	۳۵/۰۰۰/۰۰۰	%۲۰
۴	هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط IUI، GiftZift، میکرواینجکشن، Ivf	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	%۲۰
۵	هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل انواع سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن و سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی، اکو کاردیوگرافی، استراس اکو، ام آر آی، دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان) سی تی آنژیوگرافی، پنتاکم، فوندوسکوپی، کانفوسکن، پاکیمتری، کلیه تستهای بیابایی سنجی، ICG-IOL MASTER-HRT، انواع اسکوبی	۲۵/۰۰۰/۰۰۰	%۲۰
۶	هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپرومتری-PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوار مانع (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب، تست خواب، تمپانومتری، بادی باکس، پلتیسموگرافی، ارگواسپیرومتری، رینومانومتری، تیلت PFT، پروتوکول گرافی و تست متاکولین.	۱۵/۰۰۰/۰۰۰	%۲۰
۷	هزینه جراحیهای مجاز سرنیائی شامل شکستگی ها، گچ گیری، ختنه، بخیه، گرایوتراپی، اکسیژن لیوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی که جنبه درمانی داشته باشد (به استثناء زیبایی)، بیوپسی، شنشوی گوش، برداشتن خال (در صورتیکه جنبه زیبایی نداشته باشد)، زگیل و میخچه، خارج نمودن جسم خارجی از بدن، کشیدن ناخن، اکسیژن تراپی، پانسمان، پالس اکسی متری، درمان خونریزی بینی و سوزاندن تامپوناد و شکافتن آبسه، بستری اورژانس کمتر از ۶ ساعت شامل: تزریقات و تعویض پانسمان، اف ان ای تیروئید و سینه، بیوپسی مغز استخوان، پونکسیون مایع نخاع و کمبری	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	%۲۰
۸	هزینه های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی و زنتیک پزشکی (با استثناء چکاپ)، سیتولوژی، انواع رادیوگرافی، UBT، یدتراپی، نوار قلب، فیزیوتراپی، تست پاپ اسمیر، بازخوانی قلبی، آمینو سنتز.	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	%۲۰
۹	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر قبل از انجام عمل درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد برای هر چشم	۱۵/۰۰۰/۰۰۰	%۲۰
۱۰	جبران هزینه عینک طبی و لنز تماس طبی	۱/۵۰۰/۰۰۰	%۲۰
۱۱	آمبولانس داخل شهری و سایر فوریتهای پزشکی که نهایتا منجر به بستری شدن بیمه شده می گردد	۸۰۰/۰۰۰	%۲۰
۱۲	آمبولانس خارج شهری و سایر فوریتهای پزشکی که نهایتا منجر به بستری شدن بیمه شده می گردد	۱/۳۰۰/۰۰۰	%۲۰
۱۳	بیماریها و ناهنجاریهای جنین شامل (سونوگرافی و آزمایش ناهنجاریهای جنین و غربالگری و پرداخت آزمایش) CELL FREE DNA با تایید کمیسیون پزشکی	۸/۰۰۰/۰۰۰	%۲۰
۱۴	جبران هزینه های داروی بیماری های خاص و صعب العلاج طبق تعریف وزارت بهداشت و درمان	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۲۰
۱۵	تهیه اعضای طبیعی بدن طبق تعرفه انجمن مربوطه	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۲۰
۱۶	اروتز شامل: فوزبند، موج بند، آرنج بند، شمت بند، شانه بند بعد از اعمال جراحی یا تایید پزشک معتمد بیمه گر، کش و کفی طبی یا ارائه اسکن پا، عصا، ویلچر، تشک مواج و تخت طبی یا تجویز پزشک متخصص و تایید پزشک معتمد بیمه گر	۸/۰۰۰/۰۰۰	%۲۰
۱۷	سمعک بشرط تجویز پزشک متخصص گوش و حلق بینی و فاکتور معتبر و تایید پزشک معتمد بیمه گر	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	%۲۰
۱۸	سایر موارد پاراکلینیکی صرفاً "کابروپرکتیک، توانبخشی، مگنت تراپی، پاپ اسمیر، تزریقات، سرم تراپی"	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	%۲۰
۱۹	افزایش سقف تعهد بیمارستانی تا سقف دو برابر جهت سه در هزار جمعیت در مجموع قرارداد های طلایی و نقره ای با اعلام کتبی بیمه گذار	۱/۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰
۲۰	افزایش سقف تعهد نازایی و ناباروری و زایمان تا سقف دو برابر جهت تعداد ۲۰ نفر در مجموع قرارداد های طلایی و	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	%۱۰

		نقره ای یا اعلام کتبی بیمه گذار	
•	بدون سقف	جبران هزینه مربوط به بستری و سرپایی و دارویی بیماران خاص و صعب العلاج (برای ۲۰ نفر) در مجموع قرارداد های طلایی و نقره ای یا اعلام کتبی بیمه گذار	۲۱