

### جدول تعهدات بیمه گر

ردیف	نوع تعهدات	حداکثر تعهدات (ریال)	فرانشیز	توضیحات
۱	اعمال بیمارستانی و جراحی	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	جبران هزینه‌های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود ( Day Care ) به اعمال جراحی اطلاق می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه روز باشد)
۲	اعمال جراحی مهم با احتساب بند ۱	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به‌استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان
۳	زایمان	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	جبران هزینه های زایمان طبیعی و سزارین
۴	نازائی و ناباروری	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	جبران هزینه های اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF
۵	پاراکلینیکی (۱)	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	جبران هزینه های رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای ( اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ)، دانسیتومتری
	پاراکلینیکی (۲)			جبران هزینه های آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولترمانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، تیلت تست، EECF، خدمات تشخیصی تنفسی (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی، الکتروانسفالوگرافی، خدمات تشخیصی یورودینامیک، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم و شنوایی سنجی
	جراحیهای مجاز سرپایی			جبران هزینه شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی
	آزمایش			جبران هزینه آزمایشهای تشخیص پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک
۶	رفع عیوب انکساری هر چشم	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی یا دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد
۷	آمبولانس	۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	جبران هزینه های آمبولانس داخل و خارج شهر
۸	ویزیت دارو	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	شامل ویزیت کلیه پزشکان طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان و پرداخت دارو براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول و خدمات اورژانس در موارد غیربستری
۹	دندانپزشکی	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	جبران هزینه خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه (به استثناء کلیه خدمات زیبایی و یک دست دندان مصنوعی). امکان استفاده بیمه شدگان از پوشش دندانپزشکی از سقف تعداد اعضا خانواده حداکثر ۴ نفر میسر می باشد
10	داروی بیماری های خاص	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	داروی بیماری های خاص شامل MS، تالاسمی، هموفیلی و دیالیز

\* مجموع تعهدات بیمه گر در مورد بندهای ۱، ۲ و ۷ برای هر یک از بیمه شدگان مبلغ ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد.

\* ملاک توافقات شرایط خصوصی قرارداد می باشد.