



*** طرح های درمان تکمیلی :**

طرح ۲	طرح ۱	عنوان پوشش
سقف تعهدات (ریال)	سقف تعهدات (ریال)	
۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰	هزینه های اعمال جراحی و بستری در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAYCARE در اثر حادثه یا بیماری، آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن، هزینه های بستری شیمی درمانی و گمانایف
۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	افزایش سقف تعهدات برای هر بیمه شده تا دو برابر سقف تعهدات پوشش های اصلی برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، منز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گمانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان، آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز با احتساب بند ۱
۷۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین
۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۷۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰	هزینه تشخیص بیماری ها و نلنچاری های چنین منوط به داشتن پوشش زایمان
۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۷۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰	هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، استیگمات یا مجموعه قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد
۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰	هزینه سونوگرافی، ماموگرافی، رادیولوژی، ام آر آی، انواع اسکن و سی تی اسکن، رادیوتراپی، انواع آندوسکوپی، اکوکاردیوگرافی، استرس آکو و دانسیتومتری
۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۷۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰	هزینه تست ورزش، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار معده، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هوشتر مانتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم، تست آلرژی، تست تنفسی
۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۷۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰	هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزردرمانی
۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	هزینه نلنچاری های چنین (غریبالگری) اعم از آزمایش های دبل مارک، تریپل مارک، کود مارک، آمینوستز و آزمایشات ژنتیک مربوط به آن و سونوگرافی NB و NT و آنومالی، نلنچاری چنین، سه بعدی و چهار بعدی و انواع غربالگری
۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	پاتولوژی
۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	تست ژنتیک
۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	رادیولوژی
۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	انواع آزمایش
۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	فیزیوتراپی
۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	الکتروکاردیوگرافی (نوار قلب - EKG)
۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	رادیوگرافی باریوم نما
۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	ویزیت عمومی
۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	ویزیت تخصصی
۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	ویزیت فوق تخصصی
۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	داروی مصرفی
۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	هزینه اورژانس (موارد غیر بستری)
۷۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	تزیینات
۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	دندانپزشکی
۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	هزینه آمبولاس داخل شهری
۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	هزینه آمبولاس خارج شهری
۱۰۸۷۹۰۰۰۰۰۰۰	۱۰۵۳۸۰۰۰۰۰۰۰	حق بیمه ماهیانه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ (ریال)