

| ردیف | شرح پوشش   | طرح (۱)                  | طرح (۲)                  |
|------|--|--------------------------|--------------------------|
| ۱    | جبران هزینه‌های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود. (به استثنای زایمان، نازایی و لیزیک)   | ۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰              | بدون سقف                 |
| ۲    | هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار بستری به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج<br>درون شهری<br>برون شهری   | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰<br>۱۵,۰۰۰,۰۰۰ | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰<br>۲۰,۰۰۰,۰۰۰ |
| ۳    | جبران هزینه‌های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز.   | ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰            | بدون سقف                 |
| ۴    | جبران هزینه زایمان (طبیعی و سزارین)  | ۷۵,۰۰۰,۰۰۰               | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰               |
| ۵    | نازایی و ناباروری  | ۷۵,۰۰۰,۰۰۰               | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰               |
| ۶    | جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری  | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰               | بدون سقف                 |
| ۷    | جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز بیس میکرو، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) | ۳۰,۰۰۰,۰۰۰               | ۳۰,۰۰۰,۰۰۰               |
| ۸    | هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست‌های آلرژیک   | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰               | بدون سقف                 |
| ۹    | جبران هزینه ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً سهم مازاد بر بیمه گر پایه)، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری   | ۳۰,۰۰۰,۰۰۰               | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰               |
| ۱۰   | جبران هزینه خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست   | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰               | ۱۵,۰۰۰,۰۰۰               |
| ۱۱   | جبران هزینه‌های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه (جراحی لثه در صورت اخذ پوشش دندان پزشکی قابل ارائه می باشد) <b>خانواده شناور صرفاً طرح ۱</b>  | ۳۰,۰۰۰,۰۰۰               | ۸۰,۰۰۰,۰۰۰               |
| ۱۲   | جبران هزینه رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم سه دیوپتر یا بیشتر باشد  | ۷۵,۰۰۰,۰۰۰               | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰               |
| ۱۳   | جبران هزینه‌های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن یون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثناء رفع عیوب انکساری چشم)  | ۳۰,۰۰۰,۰۰۰               | ۳۰,۰۰۰,۰۰۰               |
| ۱۴   | جبران هزینه فیزیوتراپی (PT)  | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰               | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰               |
|      | حق بیمه  | ۵,۹۰۰,۰۰۰                | ۷,۸۰۰,۰۰۰                |