

ردیف	پوشش ها (جبران کلیه پوشش ها پس از کسر سهم بیمه‌گر)	حداکثر تعهدات	فرانشیز
۱	جبران هزینه‌های بستری، جراحی و Day Care: به اعمال جراحی اطلاق می‌شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه روز باشد. در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود	۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	٪۱۰
۲	جبران هزینه‌های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان، آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب ردیف ۱)	۴۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	٪۱۰
۳	جبران هزینه‌های زایمان طبیعی و سزارین دوره انتظار جهت استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است.	۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰	٪۱۰
۴	جبران هزینه رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. (هر ۲ چشم)	۶۰۰۰۰۰۰۰۰	٪۱۰
۵	جبران هزینه‌های پاراکلینیکی اول: شامل انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیو ایزوتوب)، دانسیتومتری	۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰	٪۱۰
۶	جبران هزینه‌های پاراکلینیکی دوم: شامل مربوط به انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیص قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ قلب، آنالیز پیس میکر، تست ورزش، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT) خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (NCV EMG)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند ایتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری).	۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰	٪۱۰
۷	جبران اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی‌ها، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن‌لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰	٪۱۰
۸	جبران هزینه انواع خدمات آزمایش‌های تشخیص پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست آلرژیک، پاپ اسمیر (به استثنای چکاپ)	۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰	٪۱۰
۹	جبران هزینه ویزیت و دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس و در موارد غیر بستری. داروهای ویتامین، مکمل و تقویتی و داروهای خارجی تحت پوشش نمی‌باشد.	۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰	٪۱۰
۱۰	جبران هزینه‌های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه (والدین مشمول پوشش دندانپزشکی نمی‌باشند)	۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰	٪۱۰
۱۱	هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	درون شهری: ۵۰۰۰۰۰۰۰ برون شهری: ۱۰۰۰۰۰۰۰۰	٪۱۰