	شرح پوشش ها	بیش از 10 نفر			بیش از 30 نفر		بیش از 50 نفر		بیش از 150 نفر
		طرح 1	طرح 2	طرح 3	طرح 4	طرح 5	طرح 6	طرح 7	طرح 8
۱	جبران هزینه های **بستری، جراحی**، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف، انواع جراحی ستون فقرات و انواع سنگ شکن دربیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CARE	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	افزایش سقف تعهد برای اعمال **جراحی مهم** شامل سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع و جراحی ستون فقرات ، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان. (با احتساب بند ۱)	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	جبران هزینه **زایمان** اعم از طبیعی و سزارین	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	جبران هزینه های **پاراکلینیکی۱**: سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی،ام آرآی، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، دانسیتومتری،	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	جبران هزینه های **پاراکلینیکی۲**: تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوارعصب، نوار مغز، نوار مثانه ، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب،آنژیوگرافی چشم	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۶	جبران هزینه های **پاراکلینیکی۳**: اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی ها ، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیزیون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	جبران هزینه های **خدمات آزمایشگاهی**(با ستثناء چک آپ پزشکی)، پاتولوژی ، انواع رادیوگرافی، نوارقلب، فیزیوتراپی	۲,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰
۸	جبران هزینه **رفع عیوب انکساری** دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر جمع قدر مطلق بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۹	جبران هزینه **آمبولانس** مشروط به بستری شدن - درون شهری	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	جبران هزینه **آمبولانس** مشروط به بستری شدن - برون شهری	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
حق بیمه	حق بیمه **سالانه** هرنفر با فرانشیز ۳۰ درصد (ریال)	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۶۰۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۹,۴۴۰,۰۰۰	۲۰,۵۲۰,۰۰۰	۲۱,۹۶۰,۰۰۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	۲۷,۶۰۰,۰۰۰
	حق بیمه **سالانه** هرنفر با فرانشیز ۲۰ درصد (ریال)	۱۳,۲۰۰,۰۰۰	۱۷,۱۶۰,۰۰۰	۱۹,۸۰۰,۰۰۰	۲۱,۳۸۴,۰۰۰	۲۲,۵۷۲,۰۰۰	۲۴,۱۵۶,۰۰۰	۲۶,۴۰۰,۰۰۰	۳۰,۳۶۰,۰۰۰
	حق بیمه **سالانه** هرنفر با فرانشیز ۱۰ درصد (ریال)	۱۴,۴۰۰,۰۰۰	۱۸,۷۲۰,۰۰۰	۲۱,۶۰۰,۰۰۰	۲۳,۳۲۸,۰۰۰	۲۴,۶۲۴,۰۰۰	۲۶,۳۵۲,۰۰۰	۲۸,۸۰۰,۰۰۰	۳۳,۱۲۰,۰۰۰

ردیف	شرح سایر پوشش ها	بیش از 10 نفر			بیش از 30 نفر		بیش از 50 نفر		بیش از 150 نفر
		طرح 1	طرح 2	طرح 3	طرح 4	طرح 5	طرح 6	طرح 7	طرح 8
۱۱	جبران هزینه های **ویزیت پزشکان** (عمومی، متخصص و فوق تخصص) و **دارو** (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفا مازاد بر سهم بیمه گر اول) و **خدمات اورژانس** در موارد غیر بستری	۲,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	جبران هزینه **دندانپزشکی** محدود به کشیدن، جرم گیری، بروساژ، ترمیم، پر کردن، درمان ریشه و روکش با ارائه گرافی قبل و بعد از درمان	–	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
حق بیمه	حق بیمه **سالانه** هرنفر با فرانشیز ۳۰ درصد (ریال)	۱,۹۰۸,۰۰۰	۶,۳۰۰,۰۰۰	۷,۶۲۰,۰۰۰	۱۱,۰۰۴,۰۰۰	۱۲,۴۰۰,۰۰۰	۱۵,۶۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۴۰,۰۰۰	۱۸,۹۶۰,۰۰۰
	حق بیمه **سالانه** هرنفر با فرانشیز ۲۰ درصد (ریال)	۲,۰۹۸,۸۰۰	۶,۹۳۰,۰۰۰	۸,۳۸۲,۰۰۰	۱۲,۱۰۴,۴۰۰	۱۳,۶۴۰,۰۰۰	۱۷,۱۶۰,۰۰۰	۱۸,۷۴۴,۰۰۰	۲۰,۸۵۶,۰۰۰
	حق بیمه **سالانه** هرنفر با فرانشیز ۱۰ درصد (ریال)	–	–	–	۱۳,۲۰۴,۸۰۰	۱۴,۸۸۰,۰۰۰	۱۸,۷۲۰,۰۰۰	۲۰,۴۴۸,۰۰۰	۲۲,۷۵۲,۰۰۰