ماده نهم : تعهدات بیمه گر

ردیف	پوشش ها	سقف تعهدات
۱	جبران هزینه های بستری ،جراحی ،شیمی درمانی (بستری و سرپایی) ،دیسک ستون فقرات ،رادیوتراپی ، آنژیوگرافی قلب ،گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدودو day care . تبصره: اعمال جراحی day care به جراحی‌هایی اطلاق میشود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد .	نامحدود
۲	جبران هزینه های اعمال جراحی اصلی، جراحی سرطان‌ها، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثناء دیسک ستون فقرات) ،گامانایف ، قلب ،پیوند کلیه ،کبد،ریه و مغز استخوان(با احتساب بند یک)	نامحدود
۳	تأمین هزینه های زایمان طبیعی و سزارین .	۳۰،۰۰۰،۰۰۰
۴	جبران هزینه های سونوگرافی، ماموگرافی ،انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آرآی و اکوکاردیوگرافی، استرس اکو ، دانسیتومتری، هزینه خدمات آزمایشگاهی(بغیر از چکاپ) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی.	نامحدود
۵	جبران هزینه های تست ورزش ، تست آلرژی ، تست تنفسی ، نوار عصب ، نوار عضله ، نوار مغز ، نوار مثانه ، شنوایی سنجی ، بینایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب و آنژیوگرافی چشم.	نامحدود
۶	جبران هزینه های اعمال مجاز سرپائی مانند شکستگی و در رفتگی ، گچ گیری ، ختنه ، بخیه ، کرایو تراپی ، اکسیزیون ، لیپوم ، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی . به استثناءرفع عیوب انکساری دو چشم.	نامحدود
۷	خدمات دندان پزشکی،(به استثناء ارتودنسی، دندان مصنوعی، ایمپلنت و اعمال زیبایی)، هزینه های دندان پزشکی بر اساس تعرفه محاسبه می شود که سالانه بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه ای تنظیم و به شرکت ابلاغ میگردد.	۳،۰۰۰،۰۰۰
۸	جبران هزینه تهیه اعضای بدن(صرفا با تایید انجمن حمایتی مربوطه)	نامحدود
۹	جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماس طبی.	۵۰۰،۰۰۰
۱۰	**جبران هزینه پروتز بدن (حین جراحی)**	نامحدود
۱۱	**جبران هزینه های مربوط اورتز (طبق تعریف وزارت بهداشت)**	نامحدود
۱۲	**جبران هزینه های ویزیت دارو براساس خدمات اورژانس پانسمان،دارو و داروهای فارماکوبه (بجز دارو های زیبایی تقویتی و داروهای خاص) طبق تعرفه وزارت بهداشت) و فرانشیز دارو براساس فهرست داروهای مجاز کشور و خدمات اوژانس در موارد غیر بستری.**	نامحدود
۱۳	**جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری برای دو چشم. به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر ، درجه نزدیک بینی ،دوربینی آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینای هر چشم (درجه نزدک بینی یا دور بینی به علاوه نصف آستیگمات۳)دیوپتر یا بیشتر باشد .**	۶،۰۰۰،۰۰۰
۱۴	**هزینه های آمبولانس شهری و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری شده بیمه شده در مرکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک.**	۶۰۰،۰۰۰
۱۵	**هزینه های آمبولانس بین شهری و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری شده بیمه شده در مرکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک.**	۱،۰۰۰،۰۰۰
	فرانشیز	**حق بیمه ماهانه با احتساب مالیات برارزش افزوده هر نفر(ریال)**
	۲۵٪	۴۹۸،۵۰۰