



ردیف	نوع پوشش	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳
		سقف تعهدات	سقف تعهدات	سقف تعهدات
۱	جبران هزینه جراحی و بستری در بیمارستان و مراکز جراحی محدود، DAY CARE حداکثر در سال تا مبلغ:	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	جبران هزینه‌های اعمال جراحی تخصصی شامل شیمی درمانی، رادیو ترابی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات، گامانایف، پیوند کلیه، پیوند مغز و استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز با احتساب بند ۱ حداکثر در سال تا مبلغ:	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	جبران هزینه‌های زایمان، اعم از طبیعی و سزارین حداکثر در سال تا مبلغ:	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	پاراکلینیکی ۱: جبران هزینه‌های انواع رادیو گرافی، آنژیو گرافی، عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع لسن، ام. آر. آی، پزشکی هسته‌ای (شامل لسن هسته‌ای و درمان و درمان رادیو ایزو توپ) (انسیتومتری حداکثر در سال تا مبلغ:	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	پاراکلینیکی ۲: انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیص قلبی و عروقی شامل انواع الکترو کاردیوگرافی، انواع اکو کاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز بیس میکر، EECPT، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی (شامل اسپیرومتری PFT)، خدمات تشخیص یورو دینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی الکترو میلو گرافی، هدایت عصبی (NCV-EMG) خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپیتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) حداکثر در سال تا مبلغ:	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۶	جبران هزینه‌های مجاز سرپایی مانند شکستگی ها، در رفتگی ها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (باستثنا عیوب انکساری دید چشم) حداکثر در سال تا مبلغ:	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	جبران هزینه‌های خدمات آزمایشگاهی شامل: آزمایشهای تشخیص پزشکی شامل پاتولوژی یا آسیب‌شناسی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک حداکثر در سال تا مبلغ:	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	جبران هزینه رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم درجه نزدیک بینی یا دوربینی به اضافه نصف استیگمات ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد حداکثر در سال برای هر دو چشم مبلغ:	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۹	تامین هزینه های مربوط به نازایی و ناباروری شامل (IVF، میکروانجکشن، IUI, ITSC, ZIFT, GIFT) حداکثر در سال تا مبلغ (برای گروه های زیر ۱۰۰۰ نفر سه ماه دوره انتظار لحاظ خواهد شد.)	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	هزینه تشخیص ناهنجاری های جنین (غربالگری) منوط به داشتن پوشش زایمان حداکثر در سال تا مبلغ:	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	جبران هزینه های گفتار درمانی و کار درمانی و فیزیو ترابی حداکثر در سال تا مبلغ:	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	ویزیت و دارو شامل: هزینه ویزیت پزشکان عمومی، متخصص و فوق تخصص، فرانشیز دارو و ملزومات دارویی بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری، حداکثر در سال تا مبلغ:	۰	۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۳	جبران هزینه آمبولاس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج (داخل شهری) حداکثر در سال تا مبلغ:	۳۵۰۰,۰۰۰	۳۵۰۰,۰۰۰	۳۵۰۰,۰۰۰
۱۴	جبران هزینه آمبولاس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج (خارج شهری) حداکثر در سال تا مبلغ:	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰
	حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۲۰ درصد	۱,۵۵۰,۰۰۰	۱,۸۸۰,۰۰۰	۳,۷۰۰,۰۰۰

دفتر مرکزی: تهران، خیابان فردوسی جنوبی، کوچه خواندنیها، پلاک ۴، ساختمان آرمان زندگی، کدپستی: ۱۱۳۶۹۴۶۷۱۶

تلفن: ۶۶۷۲۹۰۶۱ (۲۰ خط ویژه) فکس داخلی ۲۰۳

شعبه یک: جاده خاوران، شهرک صنعتی خاوران، سایت چوب و تخته، جنب بانک سپه، کدپستی: ۱۸۶۵۱۷۶۵۱۵، تلفن/فکس: ۳۳ ۲۸ ۴۷ ۱۰

ایمیل: info@armanzendegi.com، شماره پیام کوتاه: ۰۹۳۵۶۷۲۹۰۶۱

www.armanzendegi.COM