

## جدول تعهدات و حق بیمه سالانه درمان خانواده مهر سلامت دانا

ردیف	سقف تعهدات بیمه گر	سقف تعهد	سقف تعهد	سقف تعهد	سقف تعهد	سقف تعهد	سقف تعهد
	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	طرح ۴	طرح ۵	طرح ۶	طرح ۷
۱	جبران هزینه‌های بستری در بیمارستان بابت درمان طبی و جراحی عمومی که مدت بستری بیش از ۲۴ ساعت باشد	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۵۰/۰۰۰/۰۰۰
۲	جبران هزینه‌های جراحی مرتبط با سرطان، شیمی درمانی، رادیوتراپی، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک ستون فقرات، گامانایف، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند ریه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز با احتساب سقف بند ۱	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۳	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۵/۰۰۰/۰۰۰	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۶۰/۰۰۰/۰۰۰
۴	جبران هزینه‌های درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، Gift, Zift, IUI, میکرواینجکشن (ICSI) و Ivf	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۵/۰۰۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۵/۰۰۰/۰۰۰	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۴۵/۰۰۰/۰۰۰
۵	پوشش صرفاً سونوگرافی، انواع اسکن، ام آر ای و ماموگرافی، دانسیتومتری، اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ، رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی و آنژیوگرافی چشم	۰	۳/۰۰۰/۰۰۰	۵/۰۰۰/۰۰۰	۶/۰۰۰/۰۰۰	۸/۰۰۰/۰۰۰	۱۰/۰۰۰/۰۰۰
۶	پوشش صرفاً تست ورزش، خدمات تشخیصی تنفسی (اسپیرومتری و PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG) خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، شنوایی‌سنجی (انواع ادیومتری)، بینایی‌سنجی، انواع هولترمانیتورینگ، آنالیز بیس میکرو، اکوکاردیوگرافی، الکتروکاردیوگرافی و خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی چشم (مانند اپتومتری، پریمتری، ادیومتری و پنتاکم)	۰	۱/۵۰۰/۰۰۰	۲/۵۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰	۵/۰۰۰/۰۰۰	۶/۰۰۰/۰۰۰
۷	جبران هزینه‌های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی، دررفتگی، گچگیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، لیزردرمانی و تخلیه کیست	۰	۰	۲/۵۰۰/۰۰۰	۲/۰۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰	۴/۰۰۰/۰۰۰
۸	آزمایشات تشخیصی، پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک	۰	۰	۲/۰۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰	۵/۰۰۰/۰۰۰	۱۵/۰۰۰/۰۰۰
۹	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدرمطلق نقص بینایی هر دو چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد	۰	۰	۰	۰	۱۵/۰۰۰/۰۰۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۰	جبران هزینه‌های ویزیت پزشک، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری	۰	۰	۰	۰	۴/۰۰۰/۰۰۰	۵/۰۰۰/۰۰۰
۱۱	هزینه تهیه اروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر	۰	۰	۰	۰	۳/۰۰۰/۰۰۰	۴/۰۰۰/۰۰۰
۱۲	هزینه‌های سرپایی و بستری مربوط به دندان پزشکی و جراحی (به استثنای ایمپلنت - اورتودنسی - دست دندان مصنوعی) و جراحی لثه - واحد خانواده	۰	۰	۰	۰	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۳	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (فقط پیوند کلیه)	۰	۰	۰	۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰
<b>حق بیمه سالیانه هر نفر با فرانشیز ۳۰٪ در کلیه موارد (ریال) - سن ۰-۱۸</b>		۲/۷۱۳/۵۰۰	۳/۲۷۱/۸۶۰	۴/۱۹۵/۸۰۰	۷/۱۶۳/۸۲۰	۱۰/۵۹۰/۴۸۰	۱۴/۷۲۶/۴۶۰
<b>حق بیمه سالیانه هر نفر با فرانشیز ۳۰٪ در کلیه موارد (ریال) - سن ۱۹-۵۰</b>		۵/۴۲۷/۰۰۰	۶/۵۴۳/۷۲۰	۸/۳۹۱/۶۰۰	۱۴/۳۲۷/۶۴۰	۲۱/۱۸۰/۹۶۰	۲۹/۴۵۲/۹۲۰
<b>حق بیمه سالیانه هر نفر با فرانشیز ۳۰٪ در کلیه موارد (ریال) - سن ۵۱-۶۰</b>		۸/۱۴۰/۵۰۰	۹/۸۱۵/۵۸۰	۱۲/۵۸۷/۴۰۰	۲۱/۴۹۱/۴۶۰	۳۱/۷۷۱/۴۴۰	۴۴/۱۷۹/۳۸۰