

جدول سقف تعهدات (ریال)					
تعهدات	طرح اقتصادی	طرح منتخب	طرح ویژه	طرح جامع	طرح ممتاز
بیمارستانی	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۷۵,۰۰۰,۰۰۰
اعمال جراحی مهم با احتساب بند ۱	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰
پاراکلینیکی گروه اول	۳,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
پاراکلینیکی گروه دوم	۱,۵۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
جراحی مجاز سرپایی	۱,۵۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
خدمات آزمایشگاهی	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
دندانپزشکی	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
ویزیت دارو	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
زایمان	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه‌های آمبولانس شهری و بین شهری	۲,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰

* طرح های بیمه نامه درمان تکمیلی خانواده و میزان کل حق بیمه مربوطه به شرح جداول زیر قابل ارائه می باشند*

جدول کل حق بیمه اصلی (ریال)				
سن	۰-۱۵	۱۶-۵۰	۵۱-۶۰	۶۱-۷۰
طرح اقتصادی	۳,۲۵۰,۰۰۰	۶,۵۰۰,۰۰۰	۷,۸۰۰,۰۰۰	۹,۷۵۰,۰۰۰
طرح منتخب	۵,۱۳۵,۰۰۰	۱۰,۲۷۰,۰۰۰	۱۲,۳۲۴,۰۰۰	۱۵,۴۰۵,۰۰۰
طرح ویژه	۷,۱۵۰,۰۰۰	۱۴,۳۰۰,۰۰۰	۱۷,۱۶۰,۰۰۰	۲۱,۴۵۰,۰۰۰
طرح جامع	۸,۹۰۵,۰۰۰	۱۷,۸۱۰,۰۰۰	۲۱,۳۷۲,۰۰۰	۲۶,۷۱۵,۰۰۰
طرح ممتاز	۱۰,۲۷۰,۰۰۰	۲۰,۵۴۰,۰۰۰	۲۴,۶۴۸,۰۰۰	۳۰,۸۱۰,۰۰۰

*میزان فرانشیز کلیه طرح ها ۱۰٪ می باشد.

*در صورت استفاده از بیمه گر پایه (اول)، فرانشیز صفر می باشد.

*بیمه گر پایه (اول)، جهت صدور بیمه نامه با حداقل یک ماه اعتبار الزامی می باشد.

*در صورت نداشتن بیمه گر پایه، میزان ۱۸٪ به حق بیمه های فوق اضافه خواهد شد.

*دوره انتظار بیماری های مزمن ۳ ماه و زایمان حداقل ۹ ماه از تاریخ صدور بیمه نامه می باشد.