

ردیف	نوع تعهدات	طرح برنزی بیمه سینا (ریال)
۱.	جبران هزینه های بستری ، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود (به استثناء زایمان، نازایی و لیزیک)	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲.	هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار بستری به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج درون شهری برون شهری	۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۳.	جبران هزینه های شیمی درمانی ، رادیوتراپی ، اعمال جراحی مرتبط با سرطان ، قلب ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک و ستون فقرات ، گامانایف ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴.	جبران هزینه زایمان (طبیعی و سزارین)	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۵.	هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط ، IVF ، IUI ، ZIFT ، GIFT و میکرواینجکشن	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۶.	جبران هزینه انواع رادیوگرافی ، آنژیوگرافی عروق محیطی ، آنژیوگرافی چشم ، سونوگرافی ، ماموگرافی و انواع اسکن ام آر آی ، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ) ، دانسیتومتری ، هزینه انواع خدمات آزمایش های تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی ، تست های آلرژیک ، جبران هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین ، ارتز (زانوبند طبی ، گریند طبی ، کفش طبی ، عصا ، مچ بند طبی ، ویلچر) بلافاصله بعد از عمل جراحی ، سمعک ، کیسه کولوستومی (۳۰ عدد در طی قرارداد)	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۷.	جبران هزینه انواع آندوسکوپی ، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی ، انواع اکوکاردیوگرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز بیس میکر ، EECF ، تپلت تست ، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT) ، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV) ، الکتروانسفالوگرافی (EEG) ، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) ، خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی چشم مانند اپتومتری ، پریمتری ، بیومتری و پنتاکم ، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) ، تست خواب ، فیزیوتراپی ، گفتاردرمانی و کاردرمانی	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۸.	جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی ، گچ گیری ، ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی ، اکسیژن لپوم ، بیوپسی ، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثناء رفع عیوب انکساری چشم)	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۹.	جبران هزینه رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دوربینی ، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم سه دیوپتر یا بیشتر باشد	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰.	جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی ، ارتودنسی ، ایمپلنت ، دندان مصنوعی و جراحی لثه	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۱.	عینک طبی یا لنز تماس طبی	۷,۰۰۰,۰۰۰
۱۲.	ویزیت ، دارو ، خدمات اورژانس و وصل سرم	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
	فرانشیز ۱۰ درصد - مبلغ حق بیمه به ازای هر نفر به طور ماهانه	۴,۵۰۰,۰۰۰
درصد حق بیمه پرداختی ماهانه جهت پرسنل ۶۰-۴۰ (۶۰٪ بیمارستان و ۴۰٪ پرسنل) و جهت افراد تحت تکفل (پدر و مادر و همسر و فرزند) ۵۰-۵۰ می باشد.		
<ul style="list-style-type: none"> • نرخ و شرایط برای بیمه شدگان اصلی و افراد تحت تکفل تا سن ۶۰ سال تمام می باشد. • دوره انتظار ۹ ماهه برای زایمان در نظر گرفته شده است 		
* تغییر هر یک از موارد بالا متعاقبا اعلام می گردد		