

МОДУЛЬ 1 СТАЦИОНАР	МИКРО ПЛАН 1	МИКРО ПЛАН 2	МИКРО ПЛАН 3
Максимальный лимит/человек/год Можно иметь нестрахуемый минимум от 0 до 5000 долларов США	1 000 долл. США	2 000 долл. США	5 000 долл. США
Размещение и питание в двухместной палате или в одноместной палате в день	20 долл. США (Максимум 180 дней)	40 долл. США (Максимум 180 дней)	80 долл. США (Максимум 180 дней)
Интенсивная терапия или другое специализированное отделение	50 долл. США	60 долл. США	100 долл. США
Расходы на госпитализацию	300 долл. США	500 долл. США	1 000 долл. США
Оперативное вмешательство	500 долл. США	1 000 долл. США	1 500 долл. США
Анестезиолог	Включено в госпитализацию	Включено в госпитализацию	Включено в госпитализацию
Посещение пациента врачом в стационаре	Включено в госпитализацию	Включено в госпитализацию	Включено в госпитализацию
Дополнительное койко-место при госпитализации ребенка до 16 лет	Полное покрытие	Полное покрытие	Полное покрытие
Неотложная помощь амбулаторно в дневном стационаре (только в случае происшествия)	90 долл. США	100 долл. США	130 долл. США
Неотложная доставка санитарным автомобилем Ограничено одной поездкой до ближайшей больницы	80 долл. США	100 долл. США	150 долл. США
Услуги медицинской помощи на дому Уход за пациентом начинается с момента выписки из больницы и осуществляется под надзором лечащего врача до 30 дней	100% до 200 долл. США/год	100% до 250 долл. США/год	100% до 300 долл. США/год
Онкология, стационар и амбулаторно	800 долл. США	900 долл. США	1 000 долл. США
Скидка при трансплантации органов	Включено в госпитализацию	Включено в госпитализацию	Включено в госпитализацию
ВИЧ	100 долл. США	150 долл. США	200 долл. США
Диализ почек	300 долл. США	500 долл. США	1 000 долл. США
Расширение страхового покрытия по всему миру при несчастном случае или внезапном заболевании во время поездки максимум на 6 недель	100% до 70 долл. США /год	100% до 80 долл. США /год	100% до 90 долл. США /год
Расширение страхового покрытия в стране рождения или происхождения	ПОКРЫВАЕТСЯ СТРАХОВКОЙ	ПОКРЫВАЕТСЯ СТРАХОВКОЙ	ПОКРЫВАЕТСЯ СТРАХОВКОЙ
Хроническое заболевание	РАССМАТРИВАЕТСЯ ИНДИВИДУАЛЬНО	РАССМАТРИВАЕТСЯ ИНДИВИДУАЛЬНО	РАССМАТРИВАЕТСЯ ИНДИВИДУАЛЬНО
Период ожидания	Ковид - 14 дней	Ковид - 14 дней	Ковид - 14 дней

МОДУЛЬ 2 ДОПОЛНИТЕЛЬНО — АМБУЛАТОРНО	МИКРО ПЛАН 1	МИКРО ПЛАН 2	МИКРО ПЛАН 3
Максимальный лимит/человек/год	400 долл. США	500 долл. США	1 000 долл. США
Амбулаторно за посещение	40 долл. США/посещение	50 долл. США/посещение	70 долл. США/посещение
Физиотерапевт, мануальный терапевт, остеопат, гомеопат и специалист по иглоукалыванию (при получении предварительного согласия)	15 долл. США/посещение и 400 долл. США/год	20 долл. США/посещение и 400 долл. США/год	25 долл. США/посещение и 400 долл. США/год
Комплексное обследование	НЕ ПОКРЫВАЕТСЯ	НЕ ПОКРЫВАЕТСЯ	НЕ ПОКРЫВАЕТСЯ
МОДУЛЬ 3 ДОПОЛНИТЕЛЬНО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И	МИКРО ПЛАН 1	МИКРО ПЛАН 2	МИКРО ПЛАН 3
Максимальный лимит/человек/год	40 долл. США/год	60 долл. США/год	100 долл. США/год
Только стоматологическая помощь	20 долл. США/посещение	30 долл. США/посещение	60 долл. США/посещение
Период ожидания	10 месяцев	10 месяцев	10 месяцев
ОФТАЛЬМОЛОГИЯ	МИКРО ПЛАН 1	МИКРО ПЛАН 2	МИКРО ПЛАН 3
Максимальный лимит/человек/год	30 долл. США/год	50 долл. США/год	100 долл. США/год
Прописанные линзы для очков, оправы и контактные линзы,	20 долл. США/посещение	30 долл. США/посещение	50 долл. США/посещение
Катаракта и дегенерация желтого пятна (стационарно или амбулаторно)	НЕ ПОКРЫВАЕТСЯ	НЕ ПОКРЫВАЕТСЯ	НЕ ПОКРЫВАЕТСЯ
Период ожидания	10 месяцев	10 месяцев	10 месяцев