

طرح های بیمه درمان گروهی موسسات و شرکت های کوچک

جدول ۱					
شرح تعهدات	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	طرح ۴	طرح ۵
(۱) جبران هزینه های بستری، جراحی، Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود. (۲) DAY CARE به اعمال جراحی اطلاق می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه روز باشد. (۳) هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰
(۲) اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز و شیمی درمانی و رادیوتراپی. (با احتساب بند ۱)	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
(۳) جبران هزینه های زایمان طبیعی و سزارین	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
ناهنجاریهای جنین و غربالگری (از محل بند زایمان)	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
جبران هزینه های نازایی و ناباروری و اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
(۴) جبران هزینه های پاراکلینیکی (۱): جبران هزینه های رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ)، دانسیتومتری	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
(۵) جبران هزینه های پاراکلینیکی (۲): جبران هزینه های آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، تیلت تست، EECG، خدمات تشخیصی تنفسی (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی، الکتروانسفالوگرافی، خدمات تشخیصی یورودینامیک، خدمات تشخیصی و پروتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم و شنوایی سمجی	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰		
(۶) جبران هزینه جراحیهای مجاز سرپایی و بدون بستری: جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی شامل شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
(۷) جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی: هزینه خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایشهای تشخیص پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های الژژیک	۵,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
(۸) جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دور بینی، استیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد (جمعابری هر دو چشم)	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
(۹) جبران هزینه های آمبولانس مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج از محل تعهدات بیمارستانی	شهر: ۲,۰۰۰,۰۰۰ بین: ۳,۰۰۰,۰۰۰ شهری: ۳,۰۰۰,۰۰۰	شهر: ۳,۰۰۰,۰۰۰ بین: ۴,۰۰۰,۰۰۰ شهری: ۴,۰۰۰,۰۰۰	شهر: ۴,۰۰۰,۰۰۰ بین: ۵,۰۰۰,۰۰۰ شهری: ۵,۰۰۰,۰۰۰	شهر: ۵,۰۰۰,۰۰۰ بین: ۶,۰۰۰,۰۰۰ شهری: ۶,۰۰۰,۰۰۰	شهر: ۶,۰۰۰,۰۰۰ بین: ۷,۰۰۰,۰۰۰ شهری: ۷,۰۰۰,۰۰۰
حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۳۰٪ (ریال)	۶۰۰,۰۰۰	۷۹۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	۱,۳۳۰,۰۰۰	۱,۴۵۰,۰۰۰
حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۲۰٪ (ریال)	۶۶۰,۰۰۰	۸۶۰,۰۰۰	۱,۱۶۰,۰۰۰	۱,۴۷۰,۰۰۰	۱,۶۰۰,۰۰۰
حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ (ریال)	۷۲۰,۰۰۰	۹۴۰,۰۰۰	۱,۲۵۰,۰۰۰	۱,۶۰۰,۰۰۰	۱,۷۵۰,۰۰۰

جدول ۲					
شرح تعهدات	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	طرح ۴	طرح ۵
(۱۰) جبران هزینه خدمات دندانپزشکی صرفاً محدود به کشیدن، جرمگیری، بروساژ، ترمیم، پرکردن، درمان ریشه و روکش با ارائه گرافی قبل و بعد از درمان (براساس تعرفه سندیکای بیمه گران ایران) محاسبه می گردد	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
(۱۱) ویزیت و دارو شامل ویزیت کلیه پزشکان طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان و پرداخت دارو براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
حق بیمه ماهانه پوشش های اضافه هر نفر با فرانشیز ۳۰٪	۶۶۰,۰۰۰	۷۷۰,۰۰۰	۹۵۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۶۰۰,۰۰۰
حق بیمه ماهانه پوشش های اضافه هر نفر با فرانشیز ۲۰٪	۷۲۰,۰۰۰	۸۵۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	۱,۷۰۰,۰۰۰	۱,۷۵۰,۰۰۰
حق بیمه ماهانه پوشش های اضافه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪	۷۹۰,۰۰۰	۹۲۰,۰۰۰	۱,۱۵۰,۰۰۰	۱,۸۵۰,۰۰۰	۱,۹۰۰,۰۰۰

توضیحات:

۱- حداقل تعداد بیمه شدگان به همراه افراد تحت تکفل ۲۰ نفر می باشد.

۲- بیمه شدگان عبارتند از بیمه شدگان اصلی، اعضای خانواده شامل همسر (همسران) دائم، فرزندان، پدر و مادر تحت تکفل مشروط بر اینکه دارای بیمه گر اول باشند.

۳- حداقل سن بیمه شدگان یکسال تمام و حداکثر سن بیمه شدگان ۸۰ سال تمام می باشد. حق بیمه برای سنین ۷۰-۶۰ سال با ۵۰٪ و ۸۰-۷۰ سال با ۱۰۰٪ اضافه نرخ محاسبه می گردد.

۴- پوشش هزینه برای تمامی اعضای خانواده الزامی است.

۵- پوششهای اضافی جدول شماره ۲ منوط به تهیه پوششهای همان طرح و طرح های قبلی در جدول شماره ۱ میباشد.

۶- طرح ۵ صرفا برای گروه های با تعداد بیش از ۱۰۰ نفر قابل ارائه می باشد.

۷- انتخاب طرح ۲ مجزا برای بیمه شدگان گروه های زیر ۱۰۰ نفر امکان پذیر نمی باشد.

۸- انتخاب پوشش های اضافی مرتبط با طرح پایه مربوط به هر طرح، منوط به انتخاب تمامی بیمه شدگان می باشد.

۹- در گروه های کمتر از ۵۰ نفر صدور بیمه نامه منوط به تکمیل فرم سلامت پزشکی برای کلیه بیمه شدگان و تایید بیمه گر می باشد. لیکن تکمیل پرسشنامه پزشکی برای هر تعداد از بیمه شدگان برای والدین الزامی می باشد. بیمه گر در رد یا قبول هر یک از بیمه شدگان مختار می باشد.

۱۰- ارائه پوشش به مراکز درمانی با حداقل ۳۰ درصد افزایش حق بیمه می باشد.

۱۱- ارائه پوشش ویزیت و دارو به داروخانه ها و پوشش دندانپزشکی به کلینیک های دندانپزشکی امکان پذیر نمی باشد.

شرایط عمومی:

۱- کلیه هزینه ها بر اساس تعرفه های مصوب و ابلاغی وزارت بهداشت و سندیکا بیمه گران ایران محاسبه و پرداخت می گردد.

۲- داشتن بیمه گر پایه (خدمات درمانی، تامین اجتماعی و ...) و ارائه لیست بیمه مربوطه الزامیست.

۳- ارائه بیمه نامه درمان گروهی مشروط به تمرکز سایر امور بیمه ای نزد شرکت بیمه ملت می باشد.

۴- دوره انتظار برای پوشش زایمان و نازایی ۹ ماه و برای پوشش های بستری ۳ ماه می باشد. در صورت داشتن بیمه گر سال گذشته دوره انتظار به شرط تایید بیمه گر سال گذشته لحاظ نخواهد شد. (دوره انتظار یعنی بیمه شده در این مدت نمی تواند از خدمات مربوطه استفاده نماید).

۵- حداقل ۸۰ درصد از کارکنان بیمه گذار به همراه کلیه افراد تحت تکفل می بایست همزمان تحت پوشش بیمه درمان قرار گیرند.

۶- مدت زمان تحویل اسناد درمانی در طول مدت قرارداد حداکثر ۳ ماه از تاریخ هزینه و پس از انقضا قرارداد حداکثر تا ۱ ماه بعد از انقضا بیمه نامه می باشد.

شرایط پرداخت:

۱- شرایط پرداخت حق بیمه: پرداخت ۳۰٪ حق بیمه کل به عنوان پیش پرداخت و مابقی طی ۶ قسط متوالی ماهانه.

۲- تخفیف نقدی: ۱۰٪ تخفیف با پرداخت یکجای حق بیمه سالیانه.

استثنائات:

۱- پدر و مادر غیر تحت تکفل تحت پوشش نیستند. (مگر در صورت اثبات تحت تکفل بودن ایشان)

۲- هرگونه اعمال جراحی مربوط به چاقی مفرط مانند: اسلیو معده، بای پس معده و همچنین تعویض مفصل تحت پوشش نمی باشد.

۳- جراحی افتادگی پلک (بلفاروپلاستی) و ماموپلاستی (به هر علت)، آبدومینوپلاستی، لیپولیز و اعمال جراحی زیبایی تحت پوشش نمی باشد.

۴- سایر استثنائات مطابق آیین نامه ۹۹ بیمه مرکزی ج.ا. می باشد.