

**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 (DAY CARE) به اعمال جراحی اطلاق می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه روز باشد. هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲) اعمال جراحی مربوط به سرطان معز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گلوپلاستی، قلب، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند معز استخوان و ارتوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل معز و شیمی درمانی و رادیوتراپی (با احتساب بند ۱)	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳) جبران هزینه های زایمان طبیعی و سزارین	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۴) ناهنجاریهای جنین و غربالگری	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۵) جبران هزینه های نازایی و نابرواری و اعمال جراحی مرینپ، ZIFT, GIFT, IUI، میکرواینجکشن و IVT	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۶) جبران هزینه های پاراکلینیک (۱) : جبران هزینه های رادیوگرافی، آنژیوگرافی، عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر ای، پزشکی هسته ای ( اسکن هسته ای و درمان رادیو ابروتوب)، دانسیتومتری	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۷) جبران هزینه های پاراکلینیک (۲) : جبران هزینه های آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز بیس میکرو، تیلت تست، ECG، خدمات تشخیصی تنفسی (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی، الکترواستفالوگرافی، خدمات تشخیصی پورودینامیک، خدمات تشخیصی و پروتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم و شنوایی سنجی	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۸) جبران هزینه جراحیهای مجاز سرپایی و بدون بستری، جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی شامل شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کراپوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۹) جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی، هزینه خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های الیزیک	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰) جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد (جمعاً برای هر دو چشم)	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۱) جبران هزینه های آمبولاس 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	داخل شهر: ۲,۰۰۰,۰۰۰ بین شهری: ۴,۰۰۰,۰۰۰	داخل شهر: ۳,۰۰۰,۰۰۰ بین شهری: ۴,۰۰۰,۰۰۰	داخل شهر: ۴,۰۰۰,۰۰۰ بین شهری: ۵,۰۰۰,۰۰۰	داخل شهر: ۵,۰۰۰,۰۰۰ بین شهری: ۶,۰۰۰,۰۰۰	داخل شهر: ۶,۰۰۰,۰۰۰ بین شهری: ۷,۰۰۰,۰۰۰

**جدول ۲**

شرح تعهدات	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	طرح ۴	طرح ۵
۱۲) جبران هزینه خدمات دندان پزشکی صرفاً محدود به کشیدن، جرمگیری، پروساز، ترمیم، پرکردن، درمان ریشه و روکش با ارائه گواهی قبل و بعد از درمان (براساس تعرفه سندیکای بیمه گران ایران) محاسبه می گردد.	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۳) 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 غیرستری	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰

**◆ حداقل تعداد بیمه شدگان:**

- حداقل تعداد بیمه شدگان به همراه افراد تحت تکفل ۱۵ نفر می باشد.

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.

پدر و مادر غیر تحت تکفل در صورت داشتن بیمه نامه در سال قبل نزد شرکت بیمه ملت بدون نیاز به کفالت قانونی تحت پوشش می باشند.

در صورتیکه والدین تحت کفالت قانونی نبوده و بیمه نامه سال قبل نزد شرکت بیمه ملت نداشته باشند، تا ۵٪ از کل بیمه شدگان و با دریافت ۵۰٪ اضافه حق بیمه امکان بیمه شدن دارند.

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.

پوشش برای تمامی اعضای خانواده الزامی است.

## انتخاب طرح

چنانچه متقاضی بخواهد هر یک از پوششهای پایه را انتخاب نماید، می تواند پوشش های اضافی مختص به همان طرح و یا طرح های قبل را انتخاب کند. لازم به ذکر است پوشش های پایه به صورت جداگانه قابل خریداری است؛ اما پوشش های اضافه منوط به تهیه پوشش پایه است

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

انتخاب ۲ طرح مجزا برای بیمه شدگان گروه های زیر ۷۰ نفر امکان پذیر نمی باشد. وبالاتر ۷۰ نفر با رعایت ۳۵٪ از یک طرح و ۶۵٪ از طرح دیگر مجاز می باشد.

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.

## پوشش مراکز درمانی

ارائه پوشش به مراکز درمانی منوط به تایید مدیریت محترم درمان می باشد.

ارائه پوشش ویزیت و دارو به داروخانه ها و پوشش دندانپزشکی به کلینیک های دندانپزشکی منوط به تایید مدیریت محترم درمان می باشد.



**تسویه حق بیمه :**

بیمه گذار می تواند یکی از روشهای ذیل (به شرط دریافت چک صیادی) جهت تسویه حق بیمه را انتخاب نماید.

ردیف	مبالغ حق بیمه سالانه	حداقل پیش پرداخت	حداکثر مابقی اقساط
۱	کمتر از یک میلیارد ریال	۳۰٪	۳ فقره چک با مبالغ مساوی و فواصل ۳۰ روزه
۲	۱ تا ۲۵ میلیارد ریال	۳۰٪ ۲۰٪	۶ فقره چک با مبالغ مساوی و فواصل ۳۰ روزه ۵ فقره چک با مبالغ مساوی و فواصل ۳۰ روزه
۳	۲۵ تا ۵۰ میلیارد ریال	۳۰٪ ۲۰٪	۷ فقره چک با مبالغ مساوی و فواصل ۳۰ روزه ۶ فقره چک با مبالغ مساوی و فواصل ۳۰ روزه
۴	۵۰ تا ۱۰۰ میلیارد ریال	۲۰٪	۹ فقره چک با مبالغ مساوی و فواصل ۳۰ روزه
۵	بیشتر از ۱۰۰ میلیارد		تایید مدیریت محترم درمان



در صورت تسویه کل حق بیمه به صورت نقدی برای گروه های زیر ۵۰ نفر ۵٪ و بالاتر از ۵۰ نفر تا ۱۰٪ تخفیف ارائه می گردد.

حتی المقدور بیمه گذار می بایست به منظور تضمین پرداخت اقساط چک ارائه نماید ، در غیر اینصورت موظف است حق بیمه قرارداد را بر اساس اعلامیه بدهکار به شماره حساب مشخص شده به نام شرکت بیمه ملت واریز نماید. ضمناً هرگونه پرداخت به سایر حساب ها و اشخاص مورد تایید نمی باشد.

## دوره انتظار

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. و حداکثر گذشت زمان ۳۰ روز پس از پایان قرارداد بیمه درمان تکمیلی قبلی می باشد. ( دوره انتظار یعنی بیمه شده در این مدت نمی تواند از خدمات مربوطه استفاده نماید).

## شرایط عمومی:

- ◆ کلیه هزینه ها بر اساس تعرفه های مصوب و ابلاغی وزارت بهداشت و پوشش دندانپزشکی بر اساس تعرفه سندیکای بیمه گران ایران محاسبه و پرداخت می گردد.
- ◆ داشتن بیمه گر پایه (خدمات درمانی، تامین اجتماعی و ...) و ارائه لیست بیمه مربوطه الزامیست.
- ◆ جهت گروه های کمتر از ۶۰ نفر: حداقل ۸۰ درصد نفقات لیست تامین اجتماعی شرکت می بایست متقاضی بیمه درمان تکمیلی باشند
- ◆ جهت گروه های بیشتر از ۶۰ نفر: حداقل ۷۰ درصد نفقات لیست تامین اجتماعی شرکت می بایست متقاضی بیمه درمان تکمیلی باشند.
- ◆ 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.

## پوشش افراد قراردادی، مشاوران و بازنشستگان:

در گروه های ۳۰ تا ۱۵ نفر تحت پوشش نمی باشند و در گروه های بالای ۳۰ نفر ۴٪ از کل بیمه شدگان با ارائه نامه رسمی بیمه گزار خطاب به شرکت بیمه، کپی قرارداد کار معتبر و فقط در ابتدای قرارداد امکان پذیر می باشد.

## پوشش اتباع خارجی:

اتباع خارجی و افغان مشروط به اعتبار کارت اقامت و مجوز کار با اعتبار حداقل ۶ ماهه می توانند از این طرحها استفاده نمایند.

## استثنائات:

- هرگونه اعمال جراحی مربوط به چاقی مفرط مانند: اسلیو معده، بای پس معده و همچنین تعویض مفصل تحت پوشش نمی باشد.
- جراحی افتادگی پلک (بلفاروپلاستی) و ماموپلاستی (به هر علت)، آبدومینوپلاستی، لیپولیز و اعمال جراحی زیبایی تحت پوشش نمی باشد.
- سایر استثنائات مطابق آیین نامه ۹۹ بیمه مرکزی ج.ا. می باشد.