

بسمه تعالی

بیمه نامه درمان تکمیلی



مقدمه :

امروزه دغدغه هزینه های روزافزون درمانی، به ویژه هزینه های جراحی و بستری شدن در بیمارستان یکی از مشکلات جدی خانواده هاست . گاهی هزینه های پزشکی پیش بینی نشده در یک سال برای فرد و عدم توان مالی باعث تشدید بیماری و حتی در بدترین شرایط از دست دادن فرصت زندگی بیمار می شود . تامین هزینه های مالی رو به افزایش خدمات درمانی باتوجه به میانگین درآمد جامعه هر ساله سخت تر می شود که بهتر است قبل از وقوع حادثه چاره ای اندیشه شود. آری هزینه های زیاد بستری ، جراحی و ... را می توان با پرداخت مبلغ ناچیزی به

عنوان (حق بیمه) در سال نزد یک شرکت بیمه معتبر و توانمند بیمه کرد. حال که دلیل خرید بیمه درمان تکمیلی به وضوح برای هر فرد ، بیش از پیش ضرورت می یابد، لذا توجه شما را به مطالب ذیل جلب می نماید:

بیمه درمان تکمیلی چیست؟

موضوع بیمه، تامین و جبران هزینه های درمانی اعم از سرپایی یا بستری شدن در بیمارستان که بر اثر بروز بیماری یا وقوع حوادث برای بیمه شده ضرورت پیدا می کند را شامل می شود، در کشور ما معمولاً (بیمه تامین اجتماعی ، بیمه سلامت و بیمه خدمات درمانی) جزء بیمه های پایه محسوب می شوند که موظفند حدود ۳۰٪ هزینه های درمانی را پرداخت کنند. در صورتی که فردی، بیمه تکمیلی نداشته باشد جبران مابقی هزینه ها به عهده خود وی می باشد و در صورت داشتن بیمه تکمیلی جبران هزینه های درمان مازاد بر تعرفه های بیمه گر پایه تا میزان سقف تعهدات بیمه، توسط شرکت بیمه جبران خواهد شد. مادامی که هزینه های درمان از سقف مورد نظر کمتر باشد بیمار هیچگونه هزینه ای پرداخت نمیکند. این پوشش می تواند نگرانی بیمه شدگان و خانواده های آنها را از پرداخت هزینه های هنگفت درمان بر طرف نماید. بیمه درمان تکمیلی برای جبران آن بخشی از هزینه های بیمارستانی، جراحی و سایر پوشش های اضافی بیمه شدگان است که در تعهد بیمه گر پایه قرار ندارد.

حق بیمه ماهانه هر نفر بیمه شده چقدر می باشد:

حق بیمه ماهانه هر نفر بیمه شده با احتساب مالیات و عوارض در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ (مدت قرارداد) برای گروه های زیر ۷۰ سال تمام با فرانشیز ۱۰٪ برای کلیه تعهدات مبلغ ۸۷۲،۰۰۰ ریال و برای افراد بالای ۷۰ سال تمام مبلغ ۱،۳۰۸،۰۰۰ ریال در ماه می باشد

پوشش ها و تعهدات

ردیف	تعهدات بیمه گر	سقف تعهدات (ریال)
۱	جبران هزینه های بستری ، جراحی ، شیمی درمانی ، رادیوتراپی ، آنژیوتراپی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و day care به استثنای زایمان	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	جبران هزینه های اعمال جراحی سرطان، قلب، مغزو اعصاب مرکزی و نخاع(به استثنای دیسک ستون فقرات)، پیوند کلیه، کبد، ریه، مغز و استخوان با احتساب ردیف ۱	۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	زایمان(سزارین-طبیعی)	۴۲,۰۰۰,۰۰۰
۴	رفع عیوب انکساری دو چشم (لیزیک) نقص بینایی هرچشم به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر (قبل از عمل) می بایست ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد	۱۲,۰۰۰,۰۰۰
۵	هزینه پاراکلینیکی گروه اول	۱۸,۰۰۰,۰۰۰
۶	هزینه پاراکلینیکی گروه دوم	۷,۵۰۰,۰۰۰
۷	پاراکلینیکی گروه سوم	۸,۵۰۰,۰۰۰
۸	جبران هزینه های آمبولانس در داخل شهر به شرط بستری شدن	۸۵۰,۰۰۰
۹	جبران هزینه های آمبولانس بین شهر به شرط بستری شدن	۱,۲۰۰,۰۰۰
۱۰	هزینه های آزمایش (به استثنای چکاب و ژنتیک)، پاتولوژی، رادیولوژی، نوار قلب، فیزیوتراپی	۱۸,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	جبران هزینه های دندانپزشکی بااستثنای اورتودنسی، ایمپلنت، زیبایی، دندان مصنوعی و دندانپزشکی والدین (پرداخت کلیه هزینه ها براساس تعرفه سندیکای بیمه گران ایران خواهد بود) مستثنی بر گروه	۱۸,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	جبران هزینه های خدمات اورژانس کمتر از ۶ ساعت و ویزیت و دارو براساس تعرفه وزارت بهداشت و داروهای مجاز کشور صرفا مازاد بر سهم بیمه گر	۳,۵۰۰,۰۰۰
۱۳	هزینه عینک و لنز طبی	۴,۵۰۰,۰۰۰
	حق بیمه ماهانه برای هر نفر زیر ۷۰ سال تمام با احتساب مالیات با فرانشیز ۱۰ درصد	۸۷۲,۰۰۰
	حق بیمه ماهانه برای هر نفر بالای ۷۰ سال با احتساب مالیات با فرانشیز ۱۰ درصد	۱,۳۰۸,۰۰۰

- جبران هزینه های رفع عیوب انکساری دو چشم به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر قبل از عمل صورت می گیرد که می بایست قدرمطلق نقص بینایی هرچشم ۳ دیوپتر و بیشتر باشد.

- هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکو کاردیوگرافی، تست استرس و دانسیتومتری.

- هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفس، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مثانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم.

- پاراکلینیکی گروه سوم شامل هزینه های جراحی مجاز سرپایی شامل شکستگی و گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، لیزردرمانی و تخلیه کیست.

- جبران هزینه های دارو بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول و همچنین هزینه ویزیت عمومی ۳۲۴،۰۰۰ ریال، ویزیت متخصص ۴۹۲،۰۰۰ ریال و ویزیت فوق تخصص ۶۲۴،۰۰۰ ریال برای هر خسارت از سقف پاراکلینیکی گروه اول می باشد.

- هزینه های مربوط به آزمایش، نوار قلب، رادیولوژی و فیزیوتراپی مستثنی از گروه پاراکلینیکی محاسبه می گردد.

- پوشش دندانپزشکی شامل کلیه هزینه های دندانپزشکی به استثنای ایمپلنت، زیبایی، ارتودنسی و دندانپزشکی والدین بوده و طبق تعرفه دندانپزشکی پرداخت می گردد.

- بیمه شدگان شامل کلیه والدین و فرزندان خارج از تکفل کارکنان بانک کشاورزی و همسر بانوان همکار و همسر فرزندان همکاران می باشد.

این امکان فقط برای فرزندان خارج از تکفل و والدین همکار، همسر فرزندان همکار و همچنین همسران و فرزندان بانوان همکار وجود دارد.

تاریخ پوشش بیمه ای افراد معرفی شده از زمان شروع قرارداد، اول آذرماه هر سال و برای افراد معرفی شده در سه ماهه دوم از ابتدای اسفندماه هر سال و بدون در نظر گرفتن دوره انتظار تا

پایان آبان سال بعد می باشد . کارت عضویت بیمه برای همه افراد صادر و از طریق اداره مرکزی و مدیریت استان ها قابل دریافت می باشد.

نحوه اخذ هزینه های بیمه

تمامی بیمه شدگان به منظور اخذ معرفی نامه یا ارائه فاکتور هزینه های انجام شده می توانند، با در دست داشتن مدارک زیر به نزدیکترین شعبه شرکت بیمه البرز در استان ها و در تهران به بجه شرکت خدمات بیمه ای مهپریان آتیه کشاورز به شماره تلفن ۸۸۲۳۲۱۵۱ مستقر در لابی ساختمان ادارات مرکزی مراجعه نمایند. در صورت نیاز به هرگونه راهنمایی با شماره‌های تلفن ۰۶۶۵۳۹۴۰۰-۰۶۶۵۳۹۵۰۰-۰۶۶۵۳۹۶۰۰ و همراه ۰۹۹۰۶۱۵۵۰۱۱ سرکارخانم بهشتی تماس حاصل نمایند.

برای اینکه هزینه‌های آزاد درمانی خود را از شرکت بیمه البرز (در صورت عدم استفاده از معرفی نامه) دریافت کنید، مدارک زیر مورد نیاز است:

۱- اصل کلیه مدارک بستری (در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر اول) شامل :

اصل صورتحساب بیمارستانی-ریز دارو و لوازم مصرفی - اصل گواهی پزشکان معالج- اصل گواهی پزشک بیهوشی(در صورت جراحی)-اصل صورتحساب هزینه های تشخیصی(آزمایشگاه، رادیولوژی، سی تی اسکن، سونوگرافی و ...) جوابیه رادیولوژی و پاتولوژی - اصل ریز خدمات اورژانس - گزارش کارهای متفرقه (CPR و ...) تصویر شرح عمل (در صورت جراحی) - شرح حال - سیر بیماری و سایر مدارک مربوطه و مورد درخواست بیمه گر در صورت نیاز و بر حسب نوع هزینه .

۲-تصویر برابر اصل کلیه مدارک فوق و الصاق تصویر چک سهم بیمه گر اول (در صورت ارائه مدارک به بیمه گر اول و استفاده از سهم بیمه گر اول)

- توجه ۱: پس از پرداخت هزینه ها توسط این شرکت امکان ارائه مدارک به بیمه شده جهت دریافت سهم بیمه گر اول میسر نمی باشد . لذا توصیه می گردد که بیمه شدگان قبل از ارسال اصل مدارک ، نسبت به دریافت سهم بیمه گر اول اقدام نمایند .

-توجه ۲: در صورت وجود هرگونه نقص مدرک در هزینه های ارسال شده، موارد مربوط جهت تکمیل پرونده پزشکی توسط رابط بیمه ای به فرد بیمه شده منعکس می گردد .

مدارک بیمارستانی برای پرداخت خسارت بیمه درمان البرز، باید حداکثر ظرف مدت یک ماه از تاریخ صدور برای شرکت بیمه ارسال شود. بیمه البرز بعد از این که مدارک را بررسی و مبلغ خسارت را تأیید نمود، مبلغ تعیین شده را به حساب بیمه شده اصلی (همکار) پرداخت می نماید.

مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های پاراکلینیکی:

۱-تصویر کارت درمانی البرز

۲-اصل دستور پزشک یا تصویر جوابیه

۳- اصل فاکتور هزینه انجام شده (ممهور به مهر و امضاء مرکز تشخیصی و یا پزشک مربوطه)

مدارک لازم جهت صدور معرفی نامه به بیمارستان:

۱-گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری یا عمل جراحی ، زایمان و... ، دستور بستری به همراه تاریخ بستری.

۲- تصویر کارت بیمه درمان تکمیلی بیمه شده و تصویر صفحه اول دفترچه بیمه پایه بیمه شده.

۳- سایر مدارکی که حسب مورد و با توجه به نوع جراحی توسط پزشک معتمد در خواست خواهد شد.

۴- کپی شناسنامه (صفحه ۱ و ۲)

نکته: جهت اخذ معرفی نامه برای بیماری های مشروحه ذیل، بیمار با به همراه داشتن مدارک تشخیص پزشکی به پزشک معتمد شرکت بیمه البرز جهت معاینه معرفی می گردد.

جراحی های بینی-جراحی های دیسک ستون فقرات-جراحی معده و موارد مشابه.

برای کلیه بیمه شدگان این امکان وجود دارد که جهت اطلاع از وضعیت پرداخت خسارت های خود به سایت www.ealborzins.ir مراجعه نمایند.

مراکز درمانی طرف قرارداد:

بیمه شدگان عزیز، جهت رویت اطلاعات مربوط به مراکز طرف قرارداد شرکت بیمه البرز به سایت شرکت بیمه البرز مراجعه نمایند.

ایمیل شرکت خدمات بیمه ای مهرياران آتیه کشاورز: mehryaran5770@gmail.com

پل ارتباطی ما و شما

مرکز ارتباط تامین آتیه ۴۳۴۸۵۰۰۰ - ۰۲۱

معاونت امور بیمه و بورس صندوق رفاه و تامین آتیه بانک کشاورزی

آذر ماه ۱۳۹۹