

**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، 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)	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	۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۷۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۴) ناهنجاریهای جنین و غربالگری	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۵) جبران هزینه های نازایی و ناباروری و اعمال جراحی مرتبط، JUI, ZIFT, GIFT، میکرواینجکشن و IVF	۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۷۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۶) 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	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۷۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۷) جبران هزینه های پاراکلینیکی (۲): جبران هزینه های آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولترمانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، تیلت تست، EECG، خدمات تشخیصی تنفسی (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی، الکتروانسفالوگرافی، خدمات تشخیصی یورودینامیک، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم و شنوایی سنجی	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۷۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۸) جبران هزینه جراحیهای مجاز سرپایی وبدون بستری: جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی شامل شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۷۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۹) جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی: هزینه خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایشهای تشخیص پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک	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)	۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۹۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۱) 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	داخل شهر: ۲.۰۰۰.۰۰۰ بین شهری: ۳.۰۰۰.۰۰۰	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
حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۳۰٪ (ریال)	۱.۲۳۰.۰۰۰	۱.۴۸۰.۰۰۰	۱.۶۳۰.۰۰۰	۲.۰۰۰.۰۰۰	۲.۲۵۰.۰۰۰
حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۲۰٪ (ریال)	۱.۴۲۰.۰۰۰	۱.۷۰۰.۰۰۰	۱.۸۸۰.۰۰۰	۲.۳۰۰.۰۰۰	۲.۶۰۰.۰۰۰
حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ (ریال)	۱.۵۴۰.۰۰۰	۱.۸۵۰.۰۰۰	۲.۰۴۰.۰۰۰	۲.۵۰۰.۰۰۰	۲.۸۰۰.۰۰۰

جدول ۲

شرح تعهدات	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	طرح ۴	طرح ۵
۱۲) جبران هزینه خدمات دندانپزشکی صرفاً محدود به کشیدن، جرمگیری، بروساز، ترمیم، پرکردن، درمان ریشه و روکش با ارائه گرافی قبل و بعد از درمان (براساس تعرفه سندیکای بیمه گران ایران) محاسبه می گردد	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۲۵.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰
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 درموارد غیربستری	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰
حق بیمه ماهانه پوشش های اضافه هر نفر با فرانشیز ۳۰٪	۱.۱۵۰.۰۰۰	۱.۴۵۰.۰۰۰	۱.۶۵۰.۰۰۰	۱.۸۵۰.۰۰۰	۲.۰۵۰.۰۰۰
حق بیمه ماهانه پوشش های اضافه هر نفر با فرانشیز ۲۰٪	۱.۳۳۰.۰۰۰	۱.۶۷۰.۰۰۰	۱.۹۰۰.۰۰۰	۲.۱۳۰.۰۰۰	۲.۳۶۰.۰۰۰
حق بیمه ماهانه پوشش های اضافه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪	۱.۴۴۰.۰۰۰	۱.۸۰۰.۰۰۰	۲.۰۶۰.۰۰۰	۲.۳۱۰.۰۰۰	۲.۵۶۰.۰۰۰
جمع کل حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۳۰٪	۲.۳۸۰.۰۰۰	۲.۹۳۰.۰۰۰	۳.۲۸۰.۰۰۰	۳.۸۵۰.۰۰۰	۴.۳۰۰.۰۰۰
جمع کل حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۲۰٪	۲.۷۵۰.۰۰۰	۳.۳۷۰.۰۰۰	۳.۷۸۰.۰۰۰	۴.۴۳۰.۰۰۰	۴.۹۶۰.۰۰۰
جمع کل حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪	۲.۹۸۰.۰۰۰	۳.۶۵۰.۰۰۰	۴.۱۰۰.۰۰۰	۴.۸۱۰.۰۰۰	۵.۳۶۰.۰۰۰

#### ◆ 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 هریک 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	مبلغ 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 ۲/۵ میلیارد ریال	٪۳۰	۶ فقره چک با مبالغ مساوی و فواصل ۳۰ روزه
		٪۲۰	۵ فقره چک با مبالغ مساوی و فواصل ۳۰ روزه
۳	۲/۵ تا ۵ میلیارد ریال	٪۳۰	۷ فقره چک با مبالغ مساوی و فواصل ۳۰ روزه
		٪۲۰	۶ فقره چک با مبالغ مساوی و فواصل ۳۰ روزه
۴	۵ تا ۱۰ میلیارد ریال	٪۲۰	۹ فقره چک با مبالغ مساوی و فواصل ۳۰ روزه
۵	بیشتر از ۱۰ 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 نفراست تامین اجتماعی شرکت می بایست متقاضی بیمه درمان تکمیلی باشند.
- ◆ جهت گروه های بیشتر از ۶۰ نفر: حداقل ۷۰ درصد نفراست 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.ا می باشد.