

طرح بیمه های درمان گروهی موسسات و کسب و کارهای کوچک و متوسط - نیمه دوم سال ۱۴۰۲

جدول ۱

ردیف	شرح تعهدات	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	طرح ۴	طرح ۵	طرح VIP
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.	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
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)	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و سزارین	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	ناهنجاریهای جنین و غربالگری	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	جبران هزینه های نازایی و ناباروری و اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۶	جبران هزینه های پاراکلینیکی (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 ایزوتوپ)، دانسیتومتری	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰
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 بیس 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	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	جبران هزینه جراحی های مجاز سرپایی و بدون بستری: جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی شامل شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۹	جبران هزینه های خدمات آزمایشگاهی: هزینه خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایشهای تشخیص پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک- فیزیوتراپی- گفتار درمانی- کار درمانی	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰
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)	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۶۰,۰۰۰,۰۰۰
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	۳,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	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 - خارج شهر	۴,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
	حق بیمه پوشش پایه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۳۰٪ (ریال)	۱,۹۵۱,۰۰۰	۲,۱۹۱,۰۰۰	۲,۴۳۰,۰۰۰	۲,۹۲۷,۰۰۰	۳,۲۷۵,۰۰۰	۳,۸۶۳,۰۰۰
	حق بیمه پوشش پایه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۲۰٪ (ریال)	۲,۳۴۱,۰۰۰	۲,۶۳۰,۰۰۰	۲,۹۱۶,۰۰۰	۳,۵۱۲,۰۰۰	۳,۹۳۰,۰۰۰	۴,۶۳۶,۰۰۰
	حق بیمه پوشش پایه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۱۰٪ (ریال)	۲,۵۳۶,۰۰۰	۲,۸۴۹,۰۰۰	۳,۱۵۹,۰۰۰	۳,۸۰۵,۰۰۰	۴,۲۵۷,۰۰۰	۵,۰۲۲,۰۰۰

طرح های بیمه درمان گروهی موسسات و کسب و کارهای کوچک

جدول ۲

ردیف	شرح تعهدات	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	طرح ۴	طرح ۵	طرح VIP
۱۳	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	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۴	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 بیمه‌گراول و خدمات اورژانس در موارد غیربستری	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۵	خرید عینک و لنز طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست (کمتر از یک دیوپتر با تجویز عینک توسط پزشک متخصص) صرفاً از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه ملت (با معرفی نامه)	-	۵,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰
	حق بیمه ماهانه پوشش های اضافه هر نفر با فرانشیز ۳٪	۱,۳۲۵,۰۰۰	۱,۸۷۸,۰۰۰	۲,۱۰۳,۰۰۰	۲,۴۴۹,۰۰۰	۲,۷۴۳,۰۰۰	۳,۳۸۳,۰۰۰
	حق بیمه ماهانه پوشش های اضافه هر نفر با فرانشیز ۲٪	۱,۵۹۰,۰۰۰	۲,۲۵۴,۰۰۰	۲,۵۲۴,۰۰۰	۲,۹۳۹,۰۰۰	۳,۲۹۲,۰۰۰	۴,۰۵۹,۰۰۰
	حق بیمه ماهانه پوشش های اضافه هر نفر با فرانشیز ۱٪	۱,۷۲۲,۰۰۰	۲,۴۴۲,۰۰۰	۲,۷۳۴,۰۰۰	۳,۱۸۴,۰۰۰	۳,۵۶۶,۰۰۰	۴,۳۹۷,۰۰۰
جدول ۲ و ۱							
	جمع کل حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۳٪	۳,۲۷۶,۰۰۰	۴,۰۷۰,۰۰۰	۴,۵۳۳,۰۰۰	۵,۳۷۶,۰۰۰	۶,۰۱۸,۰۰۰	۷,۲۴۶,۰۰۰
	جمع کل حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۲٪	۳,۹۳۱,۰۰۰	۴,۸۸۹,۰۰۰	۵,۴۴۰,۰۰۰	۶,۴۵۱,۰۰۰	۷,۲۲۲,۰۰۰	۸,۶۹۵,۰۰۰
	جمع کل حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۱٪	۴,۲۵۸,۰۰۰	۵,۲۹۱,۰۰۰	۵,۸۹۳,۰۰۰	۶,۹۸۸,۰۰۰	۷,۸۲۳,۰۰۰	۹,۴۱۹,۰۰۰

تخفیف خرید بیمه عمر و حوادث گروهی

صرفاً در صورت خرید طرح ۵ بیمه نامه عمر و حوادث (اصلی و تبعی)، حق بیمه ماهانه هر نفر بیمه درمان تکمیلی در جدول ۱ (پوشش های پایه) به شرح ذیل ارائه می گردد.

ردیف	جدول ۱	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	طرح ۴	طرح ۵	طرح VIP
۱	حق بیمه ماهانه پوشش های پایه هر نفر با فرانشیز ۳٪	۱,۹۱۲,۰۰۰	۲,۱۴۷,۰۰۰	۲,۳۸۱,۰۰۰	۲,۸۹۸,۰۰۰	۳,۲۴۲,۰۰۰	۳,۸۲۴,۰۰۰
۲	حق بیمه ماهانه پوشش های اضافه هر نفر با فرانشیز ۲٪	۲,۲۹۴,۰۰۰	۲,۵۷۷,۰۰۰	۲,۸۵۸,۰۰۰	۳,۴۷۷,۰۰۰	۳,۸۹۱,۰۰۰	۴,۵۸۹,۰۰۰
۳	حق بیمه ماهانه پوشش های اضافه هر نفر با فرانشیز ۱٪	۲,۴۸۶,۰۰۰	۲,۷۹۱,۰۰۰	۳,۰۹۵,۰۰۰	۳,۷۶۷,۰۰۰	۴,۲۱۵,۰۰۰	۴,۹۷۱,۰۰۰

ردیف	جدول ۲ و ۱	طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳	طرح ۴	طرح ۵	طرح VIP
۱	جمع کل حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۳٪	۳,۲۲۷,۰۰۰	۴,۰۲۵,۰۰۰	۴,۴۸۴,۰۰۰	۵,۳۴۷,۰۰۰	۵,۹۸۵,۰۰۰	۷,۲۰۷,۰۰۰
۲	جمع کل حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۲٪	۳,۸۸۴,۰۰۰	۴,۸۳۰,۰۰۰	۵,۳۸۱,۰۰۰	۶,۴۱۶,۰۰۰	۷,۱۸۲,۰۰۰	۸,۶۴۸,۰۰۰
۳	جمع کل حق بیمه ماهانه هر نفر با فرانشیز ۱٪	۴,۲۰۸,۰۰۰	۴,۲۳۳,۰۰۰	۵,۸۲۹,۰۰۰	۶,۹۵۱,۰۰۰	۷,۷۸۱,۰۰۰	۹,۳۶۹,۰۰۰

شایان ذکر است تخفیف مذکور صرفاً در جدول ۱ (پوشش های پایه) اعمال شده است.



طرح های بیمه درمان گروهی موسسات و کسب و کارهای کوچک

حداقل تعداد بیمه شدگان

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

بیمه شدگان

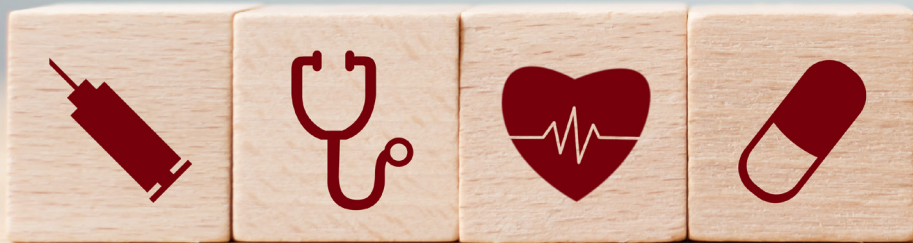
- بیمه شدگان عبارتند از بیمه شدگان اصلی، اعضای خانواده شامل همسر (همسران) دائم، فرزندان، پدر و مادر تحت تکفل مشروط بر اینکه دارای بیمه گراول باشند.
- پدر و مادر غیر تحت تکفل در صورت داشتن بیمه نامه در سال قبل نزد شرکت بیمه ملت بدون نیاز به کفالت قانونی تحت پوشش می باشند.
- در صورتیکه والدین تحت کفالت قانونی نبوده و بیمه نامه سال قبل نداشته باشند تا ۵٪ از کل بیمه شدگان و با دریافت ۵۰٪ اضافه حق بیمه امکان بیمه شدن دارند.
- پوشش برای تمامی اعضای خانواده الزامی است.

شرایط سنی

- 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 افراد قراردادی، مشاوران و بازنشستگان

- در گروه های ۱۵ تا ۳۰ نفر تحت پوشش نمی باشند.
- 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.
- **اتباع خارجی و افغان مشروط به اعتبار کارت اقامت و مجوز کار با اعتبار ۶ ماهه می توانند از این طرحها استفاده نمایند.**
- **ارائه پوشش به مراکز درمانی، اتحادیه ها، اصناف، انجمن ها 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.**



طرح های بیمه درمان گروهی موسسات و کسب و کارهای کوچک

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 VIP صرفاً برای گروه های با تعداد بیش از ۵۰ نفر قابل ارائه می باشد.
- انتخاب ۲ طرح مجزا برای بیمه شدگان گروه های کمتر از ۷۰ نفر امکان پذیر نمی باشد.
- انتخاب ۲ طرح مجزا برای گروه های بیش از ۷۰ نفر با رعایت ۳۵٪ از یک طرح و ۶۵٪ از طرح دیگر مجاز می باشد.
- انتخاب همزمان دو طرح با پوشش اضافی و بدون پوشش های اضافی میسر نمی باشد.
- در گروه های کمتر از ۵۰ نفر صدور بیمه نامه منوط به تکمیل فرم سلامت پزشکی برای کلیه بیمه شدگان و تایید بیمه گرمی باشد.
- تکمیل پرسشنامه پزشکی برای هر تعداد از بیمه شدگان برای والدین الزامی می باشد.
- بیمه گر در رد یا قبول هریک از بیمه شدگان مختار می باشد.
- بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل باید یک طرح مشترک انتخاب نمایند.

تمدید بیمه نامه

- مراتب پس از بررسی ضریب خسارت بیمه گزار جهت اعمال تخفیف و یا اضافه نرخ به شرح ذیل صورت می پذیرد:
- برای بیمه نامه های با ضریب خسارت تا ۴۰ درصد ، اعمال تخفیف ۱۵ درصد
- برای بیمه نامه های با ضریب خسارت تا ۴۱ درصد تا ۶۰ درصد ، اعمال تخفیف ۱۰ درصد
- برای بیمه نامه های با ضریب خسارت تا ۶۱ درصد تا ۷۰ درصد ، اعمال تخفیف ۵ درصد
- برای بیمه نامه های با ضریب خسارت بیش از ۷۰ درصد نرخ مصوب
- در صورتیکه ضریب خسارت بیش از ۸۰٪ باشد جزئیات خسارت پرداختی بررسی و درخصوص اعمال اضافه نرخ و تمدید بیمه نامه توسط ستاد اعلام نظرخواهد شد.

شرایط پرداخت حق بیمه به صورت نقد و اقساط

- بیمه گزار می تواند یکی از روش های ذیل را جهت تسویه حق بیمه انتخاب نماید:
- ۱. پرداخت حداقل ۲۰٪ حق بیمه کل به عنوان پیش پرداخت و مابقی طی ۴ الی ۸ قسط متوالی ماهانه با فواصل ۳۰ روزه .
- ۲. 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.
- ۳. در صورت پرداخت حق بیمه بیش از ۸ قسط مراتب از ستاد اخذ تصمیم گردد.
- **حق بیمه قبل از انقضای بیمه نامه می بایست تسویه گردد.**



طرح های بیمه درمان گروهی موسسات و کسب و کارهای کوچک

دوره انتظار

- دوره انتظار برای پوشش زایمان و نازایی ۹ ماه .
- برای پوشش های بستری ۳ ماه .
- 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 براساس تعرفه های مصوب و ابلاغی وزارت بهداشت و پوشش دندانپزشکی براساس 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 ۷۰ درصد نفرات لیست تامین اجتماعی شرکت می بایست متقاضی بیمه درمان تکمیلی باشند
- جهت گروه های بیشتر از ۶۰ نفر: حداقل ۶۰ درصد نفرات 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.

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.