



با یاد خدا

((سوالات عمومی، تخصصی و مالی بیمه تکمیلی))

شرکت بیمه معلم مجتمع خدمات بیمه ای استان اصفهان

بیمه گر پایه چیست :

سازمانهایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تامین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوط موظف به ارائه خدمات درمان پایه هستند و سازمان های مشابه "بیمه گر پایه" و شرکت بیمه معلم "بیمه گر دوم" محسوب میشوند.

بیمه تکمیلی چیست ؟

بیمه تکمیلی یا همان بیمه درمان تکمیلی یا درمان جمعی، همانطور که از اسمش پیداست به عنوان بیمه مکمل و پرداخت کننده مازاد هزینه درمانی است که افراد پرداخت می کنند. پرداخت هزینه مازاد درمان، در واقع مبلغی است که بیمه شده در صورت بهره‌مندی از بیمه گر پایه می بایست، مازاد بر سهم بیمه پایه را شخصا پرداخت نماید، لیکن بیمه تکمیلی جبران کننده آن هزینه مازاد پرداختی مطابق تعرفه ها خواهد بود.

بدیهی است در صورتیکه بیمار، از خدمات بیمه پایه استفاده نکرده و یا بطور کل تحت پوشش بیمه پایه نباشند می بایست کل هزینه درمانی را شخصا پرداخت نماید، که در این صورت نیز می تواند تحت شرایطی از خدمات بیمه تکمیلی برای جبران این هزینه استفاده نماید.

دوره انتظار چیست ؟

دوره‌ای است که از ابتدای پوشش بیمه ای بیمه شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه گر خارج است. ومدت زمانی است که در طول آن بیمه‌گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.

دوره انتظار جهت استفاده از پوشش زایمان برای گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر ۹ ماه است.

دوره انتظار جهت بیماری های مزمن برای گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر ۳ ماه می باشد.

چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.

در قراردادهای بیمه تکمیلی درمان دانشگاه صنعتی باتوجه به تعداد بیمه شدگان (بالای ۱۰۰۰ نفر)

مطابق با آیین نامه ۹۹ ، دوره انتظار وجود ندارد.



چطور می توان اطمینان داشت که بیمه معلم در تمام مراکز درمانی پوشش دارد؟

شرکت های بیمه موظف هستند بر اساس موارد مورد تعهد در بیمه نامه و در ازاء دریافت مستندات انجام امور درمانی از سوی بیمه شده در مراکز طرف قرارداد و یا حتی مراکزی که قراردادی با شرکت بیمه ندارند، نسبت به پرداخت آنها بر اساس تعرفه وزارت بهداشت اقدام نمایند و با مراجعه به آدرس پورتال بیمه معلم تمام مرکز طرف قرارداد قابل مشاهده است.

چطور می توان وضعیت پرداختی هزینه خسارت های ارائه شده به شرکت بیمه را کنترل نمود؟

بیمه گذاران و بیمه شدگان محترم می توانند با مراجعه به سامانه استعلام درمان به آدرس اینترنتی: با وارد کردن کد ملی و سال تولد افراد خانواده آخرین اطلاعات وضعیت درمانی خود همچون: افراد تحت تکفل، معرفی نامه، خسارت های بیمارستانی و پاراکلینیکی را دریافت نمایند.

در صورتیکه بیمه گر پایه نداشته باشیم، امکان داشتن بیمه درمان تکمیلی وجود دارد؟

طبق بند ۲ ماده ۲ آئین نامه ۹۹ شرط داشتن بیمه درمان تکمیلی، وجود بیمه پایه (دفترچه تامین اجتماعی و یا خدمات درمانی) میباشد.

آیا امکان اضافه شدن بیمه شده در مدت قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی وجود دارد؟

افرادی که در طول مدت قرارداد می توانند به تعداد بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از: افراد جدید استخدام، کارکنان انتقالی (منوط به اعلام بیمه گذار حداکثر یک ماه پس از تاریخ استخدام و انتقال)، همسر کارکنانی که ازدواج کرده اند و افرادی که در اثنای سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت (منوط به اعلام بیمه گذار حداکثر ظرف یکماه پس از کفالت). با ارائه مستندات

تاریخ موثر برای شروع پوشش بیمه ای نامبردگان از زمان دریافت نامه توسط دبیرخانه شرکت بیمه گر خواهد بود.

نوزادان از بدو تولد بیمه می باشند منوط به آنکه بیمه گذار لیست آنان را حداکثر تا دو ماه پس از تولد به بیمه گر اعلام نماید.

کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هریک از اعضاء خانواده ایشان در لیست اسامی اولیه و تغییرات موضوع بند ۲-۴ ماده چهار قرار داد درج نباشد باستناد از قلم افتادگی نمی توانند تحت پوشش این قرار داد قرار بگیرند مگر بیمه گذار دلایل موجهی ارائه و مورد تأیید بیمه گر واقع گردد.



آیا امکان حذف بیمه شده در طول مدت قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی وجود دارد؟

تاریخ موثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گذار از تاریخ دریافت نامه وی می باشد موارد حذف بیمه شدگان عبارتست از فوت ، خروج از کفالت ، کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گذار قطع می شود و بیمه شدگانی که از تاریخ شروع قرارداد به استناد تبصره ۷ ماده ۱ تحت پوشش بوده اند.

بیمه شدگانی که به هر یک از دلایل ذکر شده در بند ۳-۴ (مفاد ماده ۴) از پوشش بیمه ای قرارداد فوق حذف می شوند، در صورت دریافت خسارت به هر میزان می بایست حق بیمه یکساله را پرداخت نمایند. ضمناً" در صورت موافقت بیمه گذار و تمایل بیمه شده بر تداوم پوشش تکمیلی تا پایان انقضای بیمه نامه ، در صورت پرداخت و تسویه کامل حق بیمه توسط وی ، بیمه شده میتواند از خدمات تکمیل درمان گروهی تا انتهای قرارداد استفاده نماید.

مقصود از افراد تحت تکفل در بیمه درمان تکمیلی چه افرادی هستند؟

منظور از افراد تحت تکفل همسر (همسران) دائمی، فرزندان بیمه شده اصلی (فرزندان پسر تا سن ۲۲ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی کارشناسی ارشد ۲۶ سال - دکترا ۳۰ سال و فرزندان دختر تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار تحت پوشش بیمه میباشند. و سایر افرادی است که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی (با ارائه مستندات قانونی) قرار دارند).

مهلت ارسال مدارک و پرونده پزشکی جهت دریافت هزینه های درمانی چقدر است؟

مهلت ارسال مدارک در طول مدت قرارداد برای کلیه پرونده های خسارتی حداکثر ۶ ماه از زمان صدور فاکتور خواهد بود..

مدت بیمه نامه درمان تکمیلی گروهی چقدر است؟

مدت بیمه نامه یکسال شمسی از تاریخ صدور ۱۴۰۱/۰۵/۰۱ لغایت ۱۴۰۱/۰۴/۳۱ می باشد.

در صورت اعلام شماره شبانادرست، فرآیند پرداخت خسارت چگونه خواهد بود؟

با توجه به آنکه پرداخت هزینه های خسارت صرفاً به حساب بانکی شخص بیمه شده اصلی از طریق انتقال به شماره شبانادرست می باشد، لذا در صورت یکسان نبودن پروسه پرداخت انجام نخواهد شد.

فرآیند کاری در صورت ناقص بودن مدارک خسارت بیمه درمان چگونه است؟

برخی مدارک درمان ممکن است به دلیل نقائص موجود در پرونده، برگشت (عودت) داده شوند، لذا بیمه شده پس از اطلاع از مدارک ناقصی و رفع آن (تکمیل مدارک) می بایست، مجدد مدارک را ارسال نماید



فرم انصراف از سهم بیمه گر پایه (تامین اجتماعی و غیره) در چه مواردی مورد نیاز است؟

بیمه شده در صورت مراجعه به بیمارستان و یا مراکز درمانی که با سازمان تامین اجتماعی قرارداد ندارد، برای دریافت سهم سازمان تامین اجتماعی از هزینه های انجام شده می بایست ابتدا اسناد و صورت حساب های خود را به بیمه گر پایه تحویل دهد، پس از واریز وجه توسط بیمه گر پایه به حساب بیمه شده، می بایست گواهی مبلغ پرداخت شده به همراه کپی برابر اصل مدارک ارائه شده به بیمه گر پایه برای بررسی و محاسبه به بیمه گر درمان تکمیلی تحویل گردد.

در صورت عدم تمایل به دریافت سهم بیمه گر اول، اصل مدارک پرونده به همراه فرم انصراف از دریافت سهم بیمه گر پایه می بایست ضمیمه مدارک ارسال گردد.

فرانشیز چیست؟

فرانشیز (franchise insurance) سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن وفق مقررات این آیین نامه تعیین می شود، بطوریکه در بیمه نامه دانشگاه از هر هزینه ای که بر اساس تعرفه وزارت بهداشت باشد، میزان ۱۰٪ سهم بیمه شده کسر می گردد. گفتنی است در صورتیکه بیمه شده درمان تکمیلی در فرآیند درمانی خود از بیمه گر پایه خود استفاده کند، میزان فرانشیز صفر لحاظ خواهد شد.

سوالات تخصصی بیمه تکمیلی

روش های پرداخت هزینه های پزشکی در بیمه درمان تکمیلی چگونه است؟

معرفینامه ها جهت مراکز بیمارستانی طرف قرارداد از طریق سامانه در همان بیمارستان و جهت مراکز درمانی سرپایی از طریق مجری قرارداد نمایندگی سرکار خانم ابراهیم پور (مستقر در دانشگاه صنعتی) صادر می گردد. تحویل فاکتور و مدارک درمانی به شرکت بیمه حداکثر دوماه بعد از ترخیص از طریق بیمارستان، محاسبه فرانشیز، خارج از تعهد و مازاد بر سقف توسط شرکت بیمه و اعلام بدهی به دانشگاه و اعلام بدهی طی نامه مکتوب به بیمه شده پرداخت هزینه ها به توسط بیمه شده. دریافت اصل پرونده توسط بیمه شده از شرکت بیمه جهت ارائه به سازمان بیمه گر پایه جهت دریافت سهم بیمه گر پایه.

چرا مبالغ پرداختی توسط شرکت بیمه کمتر از مبالغ پرداختی فاکتورهای خسارت بیمه درمان است؟

همانطور که می دانید کلیه مراکز درمانی می بایست بر اساس تعرفه وزارت بهداشت از بیمه شدگان هزینه دریافت کنند؛ لذا مازاد بر آن تخلف محسوب می شود، همچنین از آنجاییکه بیمه مرکزی به ازاء هر پرونده خسارت سهمیم بوده و می بایست سهم خود را به شرکت بیمه یا به عبارتی به بیمه شده پرداخت نماید، لذا صرفاً مبلغ قابل پرداخت را براساس نرخ وزارت بهداشت مورد قبول وی می باشد، بنابراین شرکت های بیمه نمی توانند خلاف قانون عمل نمایند، لیکن مجدداً توصیه می شود که امور درمانی خود را با معرفی نامه در مراکز طرف قرارداد انجام نماید.



فرآیند درخواست صدور معرفی نامه چگونه است؟

معرفینامه ها جهت مراکز بیمارستانی طرف قرارداد از طریق سامانه سپاد در همان بیمارستان و جهت مراکز درمانی سرپایی از طریق نماینده مجری قرارداد سرکار خانم ابراهیم پور (صادر می گردد).

هزینه آمبولانس چگونه پرداخت خواهد شد؟

هزینه های آمبولانس درون و برون شهری و سایر فوریت های پزشکی (مشروط به دستور پزشک معالج)

آیا هزینه اقامت همراه در اتاق خصوصی توسط بیمه درمان تکمیلی قابل پرداخت است؟

هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر پرداخت خواهد شد.

هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر ، قابل پرداخت خواهد بود.

فرصت اعلام بیمه شده به منظور بستری شدن در مراکز درمانی به شرکت بیمه چقدر است؟

بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری هر یک از بیمه شدگان، مراتب را به بیمه گر اطلاع دهد.

آیا هزینه های معالجه در خارج از کشور در بیمه درمان تکمیلی پرداخت می شود؟

هزینه های بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تایید بیمه گر به خارج اعزام می گردند، در صورت تایید صورت حساب های مربوط توسط سفارت ایران، بر اساس ضوابط این بیمه نامه پرداخت خواهد شد.

آیا هزینه ها و جراحی های مربوط به زیبایی قابل پرداخت است؟

اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می گردد پرداخت نمی شود مگر آنکه ناشی از وقوع حوادث بیمه شده در طی مدت بیمه نامه درمان باشد.

مهلت استفاده از معرفی نامه پزشکی برای مراجعه به مراکز درمانی در بیمه درمان تکمیلی چقدر است؟

حداکثر زمان اعتبار معرفی نامه ۱۰ روز است.

مقصود از هزینه های بیمارستانی و جراحی عمومی چیست؟

جبران هزینه های بستری ، تشخیصی ، کلیه اعمال جراحی (عمومی) ، انواع سنگ شکن ، پلی سومونوگرافی (تست خواب) ، پروتز در حین عمل جراحی ، کلیه بیماری اعصاب و روان ، هزینه داروهای بیماریهای خاص و صعب ، دیالیز ، سرطان ، دیابت چه در موارد بستری و چه غیر MSالعلاج (شیمی درمانی ، تالاسمی ، هموفیلی ، آنژیوگرافی DAY CARE, بستری بصورت داروی خوراکی و غیر خوراکی و تزریقی ، مراکز جراحی محدود قلب ، جراحی دیسک ستون فقرات و رادیو تراپی، لابراسکوپي



مقصود از هزینه های اعمال جراحی تخصصی چیست؟

هزینه های بیمارستانی شامل اعمال جراحی تخصصی مربوط به سرطان ، قلب ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات) ، قلب و عروق ، پیوند کلیه ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، گامانایف ، پیوند مغز استخوان .

مقصود از هزینه های پاراکلینیکی چیست؟

جبران هزینه های کلیه خدماتی پاراکلینیکی و خدمات درمانی و سرپایی ، انواع سونوگرافی ، انواع ماموگرافی ، انواع سی تی اسکن ، کوتو اسکن، انواع اسکن، فیبرو اسکن ، کانفو اسکن ، انواع آندوسکوپی ، انواع کولونوسکوپی ، انواع آنژیوگرافی (به غیر از قلب) ، آنژیوگرافی ، سی تی آنژیوگرافی دو چشم ، سی تی آنژیوگرافی ، انواع توپوگرافی ، آنژیو اسکن قلب ، ، انواع اکو ، اکو اسکن، اکو کاردیوگرافی ، استرس اکو ، اکو چشم ، اکو داپلر مغزی ، انواع تست ، MRI، نوار قلب جنین ، سنجش تراکم استخوان (دانسیتومتری) ، طب سوزنی ، انواع NST ، ارگواسپیرومتری ، بادی باکس ، PFT تست آلرژی ، تست تعادل ، تست های تنفسی (اسپیرومتری ، پاپ اسمیر، تست پوستی DELCO ، آستوگرافی (تست متاکولین) ، BRAING MAPPING انواع تست اعصاب و روان ، پاکیمتری ، انواع اقدامات توانبخشی مانند PDD توبرکولین یا تست پوستی ماننتو بازتوانی قلب ، گفتار درمانی ، گفتار درمانی ناشی از کاشت حلزون ، کاردرمانی ، انواع نوار (مانند نوار عضله ، نوار شستشوی گوش ، PTA ، SDS ، SRT ، عصب ، نوار مغز ، نوار مثانه، سنجش شنوایی (ادیومتری ، تمپانومتری ، SMART ، ORB SCAN کوتریزاسیون ، OCT ، پریمتری ، بررسی عصب بینایی ، اپتومتری ، پنتاکم ، فوندوسکوپی ، تمپانومتری ، هولتر مانیتورینگ (قلب و فشار خون) ، آنالیز پیس میکر ، PLUG , ICG رکتوسکوپی ، کلیه اعمال جراحی مجاز : کرایوتراپی ، ختنه ، بخیه ، کشیدن بخیه ، تخلیه و برداشت کیست و آبسه ، لیزر درمانی (به استثنای زیبایی و رفع عیوب انکساری چشم) ، شکستگی ها ، در رفتگی ، آتل گذاری ، گچ گیری ، (بازکردن و بستن) ، اکسیژن لیپوم ، بیوپسی ، میخچه ، زگیل ، پانسمان ، خارج کردن جسم خارجی ، کایروپراکتیک ، بیرون آوردن پین ، شالازیون (تورمی کیستی در پلک) ، ناخنک چشم ، خدمات اورژانس در موارد بستری و غیر بستری ، انواع تزریقات ، تزریق داخل مفاصل ، تزریق خون ، تزریق داخل ضایعه (بجز زیبایی) ، تزریق آمپولهای عادی و تخصصی ، وصل سرم ، واکسیناسیون ، حجامت ، جبران هزینه های مربوط به خدمات آزمایشگاهی (بااستثنا چکاب) ، شامل آزمایشهای تشخیص پزشکی ، پاتولوژی ، آسیب شناسی ، ژنتیک پزشکی ، انواع رادیولوژی ، نوار قلب ، انواع رادیوگرافی ، انواع فیزیوتراپی ، آزمایشهای پزشکی هسته ای، کاپیلرواسکوپی، تست ورزش، نوار قند ، فصد خون ، غربالگری نوزاد ، مگنت تراپی ، شوک و بوتراپی ، اوزون ، و IUD تراپی ، نوروفیدبک ، بیوفیدبک، مانومتری ، اکسیژن تراپی ، الکترو کوتر ، گذاشتن و بیرون آوردن خدمات سرپائی طبق کتاب ارزشهای نسبی (تعریف شده در وزارت بهداشت)

مقصود از هزینه های درمان نازایی و ناباروری چیست؟



IUI-ZIFT- جبران هزینه های نازایی و ناباروری (تشخیصی ، درمانی و دارویی) شامل اعمال جراحی مرتبط بصورت سرپایی و بستری و داروهای مربوطه **HMG** و **HCG**، میکرواینجکشن ، و هزینه دارویی **GIFT- IVF** ، فریز اسپرم – فریز جنین

آیا هزینه جراحی دیسک ستون فقرات پرداخت می شود؟ (آیا هزینه جراحی دیسک ستون فقرات استثناء بیمه درمان است؟)

هزینه بیمارستانی و جراحی دیسک ستون فقرات از محل پوشش جبران هزینه های بستری ، تشخیصی ، کلیه اعمال جراحی (عمومی) ، تا سقف تعهدات با کسر ده درصد فرانشیز قابل پرداخت است.

پوشش تهیه اعضاء طبیعی بدن، در بیمه درمان گروهی تحت چه شرایطی قابل ارائه است؟

هزینه تهیه اعضاء طبیعی بدن و هزینه ای دارویی پس از پیوند حداکثر به میزان تعهد اعمال جراحی (عمومی) تا سقف تعهدات (بدون سقف) با کسر ده درصد فرانشیز برای هر بیمه شده، قابل ارائه خواهد بود.

مقصود از پوشش اصلی یا تعهدات پایه کدام است؟

هزینه های بیمارستانی شامل اعمال جراحی تخصصی مربوط به سرطان ، قلب ، مغز و اعصاب — مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات) ، قلب و عروق ، پیوند کلیه ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، گامانایف ، پیوند مغز استخوان .

آیا هزینه تهیه اوروتز در بیمه درمان قابل پرداخت است؟

هزینه تهیه اوروتز (کرسست طبی – گردنبند طبی – کمربند طبی – کفش طبی – اسپیلنت و برس – مچ بند طبی – جوراب واریس – زانو بند طبی – آتل شکم بند طبی – بریس – کفی طبی – ویلچر – – کپسول اکسیژن ، واکر – عصا – تشک مواج – خرید وسایل توانبخشی و ارتوپدی) که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر (برابر با یک شرکت معتبر ایرانی) قابل پرداخت است

آیا هزینه تشخیص بیماری و ناهنجاری های جنین قابل پرداخت است ؟

منوط به داشتن پوشش زایمان، هزینه تشخیص بیماریها و ناهنجاریهای جفت و جنین ، ژنتیک شناسی ، آلفا فیبروپروتئین، آمینوسنتز و آزمایشات غربالگری تا سقف تعهدات با کسر ده درصد فرانشیز برای هر بیمه شده قابل پرداخت است.

بیمه گذار یا بیمه شده چه مدت زمانی برای اعلام بستری هر یک از بیمه شدگان، فرصت دارد؟

بیمه گذار یا بیمه شده موظف اند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری شدن هر یک از بیمه شدگان در بیمارستان و قبل از ترخیص وی، مراتب را به بیمه گر اعلام نماید.

موارد استثناء در بیمه درمان تکمیلی چیست؟

هزینه این موارد از شمول تعهدات بیمه گر خارج است:



۱. اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
۲. عیوب مادر زادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
۳. سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج
۴. ترک اعتیاد
۵. عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج
۶. خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده به تشخیص مراجع ذیصلاح
۷. حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان
۸. جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تایید مقامات ذی صلاح
۹. فعل و انفعالات هسته ای
۱۰. هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر
۱۱. هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر
۱۲. هزینه چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار
۱۳. لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارد مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر.
۱۴. جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش در طول اعتبار این قرارداد باشد.
۱۵. هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کار افتادگی کلی
۱۶. رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی و دور بینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
۱۷. کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نشده باشد.

اقدامات لازم چنانچه بیمه شدگان در بیمارستان های غیر طرف قرارداد بستری شوند کدام است؟



اصل مدارک و صورتحساب های بیمارستانی بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را از طریق بیمه گذار و نماینده وی جهت محاسبه هزینه های مربوطه برای بیمه گر ارسال نماید.

بیمه شدگان می بایست ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه گر اول مانند سازمان خدمات درمانی یا تامین اجتماعی اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک دریافتی از سازمان های فوق الذکر، از طریق نماینده بیمه گذار، هزینه های انجام شده را به بیمه گر ارائه نمایند. مبنای محاسبه هزینه های بیمارستانی بر اساس تعرفه بیمارستان یا مراکز درمانی هم تراز طرف قرارداد با بیمه گر می باشد.

مبنای محاسبه هزینه های پاراکلینیکی و سرپایی، بر اساس تعرفه اعلام شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای بخش دولتی و غیر دولتی می باشد.

اقدامات لازم چنانچه بیمه شدگان از خدمات بیمارستان های طرف قرارداد بیمه گر استفاده نمایند کدام است؟

شرکت بیمه معلم برای سرعت بخشیدن در ارائه خدمات به بیمه شدگان گرامی در سطح کشور با اکثر مراکز تشخیصی و درمانی اعم از خصوصی و دولتی قرارداد همکاری دارد. لذا به منظور کاهش هزینه ها و امکان کنترل کمی و کیفی خدمات در مراکز درمانی درخواست می گردد بیمه شدگان به مراکز درمانی طرف قرارداد مراجعه نمایند. جهت سهولت امور بیمه شدگان محترم، بعد از مراجعه به بیمارستان در همانجا اقدام به اخذ معرفی نامه از طریق (سامانه پذیرش الکترونیکی درمان) می نمایند. همچنین در صورت استفاده از بیمارستان های طرف قرارداد بیمه معلم که با سازمان های بیمه گر پایه قرارداد ندارند پس از کسر فرانشیز و موارد خارج از تعهد امور مربوط به درمان امکانپذیر خواهد بود.

اقدامات لازم چنانچه بیمه شدگان از خدمات بیمارستان های غیر طرف قرارداد بیمه گر استفاده نمایند کدام است؟

چنانچه بیمه شده (بیمار) از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد با بیمه معلم استفاده و هزینه های بستری را شخصا پرداخت نماید، ابتدا می بایست سهم بیمه گر پایه خود را دریافت و سپس تصویر برابر با اصل شده مدارک درمانی به انضمام تاییدیه پرداخت وجه توسط بیمه گر پایه به حساب بیمه شده را برای دریافت سهم بیمه معلم ارائه نموده تا نسبت به بررسی و پرداخت اقدام گردد. توجه: ارائه دفترچه درمانی بیمه گر پایه در مراکز تشخیصی و درمانی الزامی می باشد.

نحوه محاسبه نمره چشم (دیوپتر) در بیمه درمان چگونه است؟

جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری هر چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.

آیا لیزیک چشم در بیمه تکمیلی قابل پرداخت است؟

جبران تعهد عینک طبی و لنز تماس طبی قابل پرداخت است از محل تعهدات



آیا در قرارداد های بیمه تکمیلی گروهی هزینه سمعک را می توان دریافت نمود؟

از محل تعهدات جبران تعهد سمعک هر گوش (بشرط تجویز متخصص گوش ، حلق و بینی) قابل پرداخت است

آیا دارو های خارجی تحت پوشش بیمه تکمیلی می باشند؟

آیا امکان مراجعه به دندانپزشک مورد اعتماد بیمه شده وجود داشته و هزینه های آن قابل پرداخت است؟

از آنجاییکه بسیاری از افراد صرفاً به پزشک خود اعتماد داشته و تمایل به درمان از طریق ایشان می باشند، لذا هیچ الزامی برای مراجعه به پزشک یا کلینیک های دندانپزشکی طرف قرارداد بیمه دانا نمی باشد و کلیه هزینه های دندانپزشکی ایشان (بر اساس تعرفه ای که سالیانه سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه ، تنظیم و به شرکت های بیمه ابلاغ میکند محاسبه و پرداخت می شود) قابل پرداخت می باشد.

آیا سقف تعهد پوشش عیوب انکساری (کسری نمره چشم) در بیمه تکمیلی به اندازه هر چشم است؟

جمع سقف تعهد پوشش عیوب انکساری (کسری نمره چشم) برای هر چشم در بیمه تکمیلی لحاظ می گردد.

آیا امکان استفاده از ۲ یا چند بیمه تکمیلی وجود دارد؟

با توجه به آنکه پرداخت هزینه های درمانی بر اساس قانون بیمه و اصل غرامت مندرج در آن می باشد، لیکن محدودیتی در تعدد بیمه تکمیلی وجود ندارد و بیمه شده می تواند کلیه هزینه های پرداخت شده توسط خود را از محل بیمه تکمیلی دریافت نماید، دریافت سهم بیمه شده از هر خسارت (فرانشیز) نیز قابل دریافت است.

آیا استراییسم چشمی در بیمه تکمیلی پرداخت می شود؟

استراییسم چشمی عموماً از دوران کودکی ایجاد می شود و اغلب برای افراد زیر ۱۸ سال جنبه درمانی و برای افراد بالای ۱۸ سال جنبه زیبایی دارد، اما در صورتیکه بیمه شده مدارکی دال بر درمانی بودن اقدام درمانی را ارائه دهد، خسارت قابل پرداخت می باشد.

آیا هزینه های غربالگری تحت پوشش بیمه تکمیلی نیست؟

هزینه سونوگرافی غربالگری در پوشش ناهنجاری های جنین قابل پرداخت می باشد، لیکن غربالگری نوزاد از شمول تعهد پاراکلینیکی می باشد.

آیا هزینه های روانپزشکی و دارو های تجویزی در بیمه تکمیلی قابل پرداخت است؟

کلیه بیماری اعصاب و روان از محل تعهدات جبران هزینه های بستری ، تشخیصی ، کلیه اعمال جراحی (عمومی) و هزینه ویزیت و داروهای تجویزی روانپزشکی به شرطی که جنبه درمانی داشته باشد، از محل تعهدات دارو و ویزیت قابل پرداخت است.

آیا هزینه جراحی دندان عقل در بیمه تکمیلی پرداخت می شود؟

هزینه جراحی و خارج نمودن دندان عقل به شرط آنکه موضوع دندانپزشکی در بیمه نامه لحاظ شده باشد، تحت پوشش بیمه تکمیلی خواهد بود.



آیا هزینه های روانشناسی در بیمه تکمیلی قابل پرداخت است؟

هزینه های روانشناسی و مشاوره تحت پوشش بیمه تکمیلی نمی باشد، در صورتیکه جنبه درمانی داشته باشد و بیمه گر نسبت به آن مدارک کافی داشته باشد، صرفاً هزینه ویزیت بر اساس مدرک تحصیلی پزشک پرداخت خواهد شد.

آیا خرید دارو از پزشک مجاز بوده و هزینه آن در بیمه تکمیلی قابل پرداخت است؟

خرید دارو صرفاً از طریق داروخانه های مجاز سراسر کشور امکان پذیر و هزینه آن قابل پرداخت می باشد.

در صورتیکه هزینه های درمان یکجا و کلی نوشته شود، هزینه آن در بیمه تکمیلی قابل پرداخت است؟

کلیه هزینه ها شامل اقدامات پزشکی یا داروهای مصرفی می بایست به تفکیک درج گردد.

آیا هزینه پلاتین در بیمه تکمیلی قابل پرداخت است؟

هزینه خرید و جایگذاری پلاتین با ارائه اسناد و مدارک کافی در بیمه تکمیلی قابل پرداخت می باشد.

آیا شخص متخصص کارپو پراکتیک می تواند بر اساس معاینه، نسخه ای به منظور تعداد جلسات کارپو پراکتیک

ارائه کند؟

تشخیص تعداد جلسات کارپو پراکتیک مورد نیاز برای بیمار، صرفاً توسط پزشک متخصص قابل ارائه است، لیکن تجویز آن توسط پزشک مورد تایید می باشد.

اطلاعات مورد نیاز جهت دریافت هزینه های کارپو پراکتیک چیست؟

پزشک متخصص می بایست، تعداد عضو و مناطق تحت درمان همچنین ذکر تعداد و تفکیک جلسات مورد نیاز را در نسخه تجویز خود اعلام نماید.

آیا امکان ارائه نسخه دیجیتال گرافی وجود دارد؟

دی وی دی یا DVD در صورت امکان کپی نمودن اطلاعات از روی سی دی بلامانع است .

آیا برای داروخانه معرفی نامه صادر می گردد؟

هزینه های مربوط به خرید دارو در پوشش ویزیت و دارو می باشد و امکان صدور معرفی وجود ندارد، شخص می بایست راساً هزینه ها را پرداخت کرده و سپس نسبت به بازیافت خسارت های خود اقدام نماید. (باستثناء داروخانه های طرف قرارداد منتخب آنلاین)

هزینه دارو در زمان بستری چگونه پرداخت می شود؟

در صورت وجود تعهد و صدور معرفی نامه پزشکی، کلیه هزینه های دوران بستری شامل دارو و غیره، قابل پرداخت می باشد.

آیا هزینه درمان نوزاد تازه متولد در بیمه تکمیلی گروهی قابل پرداخت است؟

بیمه تکمیلی نوزاد می بایست حداکثر تا دو ماه پس از تولد، با درخواست اتوماسیونی بیمه شده اصلی به اداره رفاه صادر میگردد، بدیهی است در شرکت بیمه کلیه هزینه های درمانی از لحظه تولد قابل پرداخت می باشد، لیکن تا قبل از صدور بیمه نامه هزینه های درمان به عهده فرد می باشد.



آیا هزینه شیمی درمانی و سرطان در بیمه تکمیلی قابل پرداخت است؟

کلیه هزینه‌های مربوط به داروهای بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج (شیمی درمانی ، تالاسمی ، هموفیلی ، دیالیز ، سرطان ، دیابت چه در موارد بستری و چه غیر بستری بصورت داروی خوراکی و غیر خوراکی و MS ، تزریقی از محل تعهدات جراحی عمومی تا سقف ۷۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال قابل پرداخت است.

آیا هزینه اوزون تراپی در بیمه تکمیلی قابل پرداخت است؟

هزینه اوزون تراپی به شرط آنکه هزینه آن درمانی باشد، خسارت از محل هزینه‌های پاراکلینیکی قابل پرداخت است.

هزینه دارو در زمان بستری و جراحی از کدام محل قابل پرداخت است؟

هزینه‌های دارو در زمان بستری و جراحی از محل هزینه‌های بیمارستانی و جراحی پرداخت خواهد شد، لیکن از پوشش هزینه‌های ویزیت و دارو کسر نمی‌گردد

آیا هزینه کار درمانی در بیمه تکمیلی قابل ارائه است؟

پوشش کار درمانی و گفتار درمانی در گروه پاراکلینیکی قابل پرداخت است.

آیا هزینه فیزیوتراپی در منزل توسط بیمه تکمیلی قابل پرداخت است؟

انجام امور فیزیوتراپی به شرطی که توسط مرکز فیزیوتراپی معتبر همراه با ارائه اسناد مربوطه انجام شده باشد، قابل پرداخت خواهد بود، بدیهی است هزینه مازاد بابت فیزیوتراپی در منزل توسط بیمه گر پرداخت نخواهد شد.

سوالات مالی بیمه تکمیلی

زمان بندی و شرایط پرداخت خسارت چگونه است؟

- هزینه های درمانی به غیر از بیمارستانی : حدود ۱۰ روز کاری
- هزینه های بیمارستانی : حدود ۲۰ روز کاری



در صورتیکه بیمه شده در چند شرکت بیمه ای، بیمه درمان تکمیلی داشته باشد، اولویت مراجعه به بیمه گر

چگونه است؟

- بیمه شده در انتخاب و اولویت دهی شرکت بیمه مخیر بوده و می تواند بر اساس اصل غرامت، هزینه های پرداختی خود را دریافت نماید.

فرآیند محاسبه و پرداخت هزینه های درمانی چگونه است؟

- در مواردی که بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه های مورد تعهد بیمه گر خواهد بود. چنانچه بیمه شده بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید، هزینه های مربوطه حداکثر تا تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با آن مراکز درمانی پرداخت خواهد شد.
- در صورتی که بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر مراجعه نماید هزینه های مربوط بر اساس تعرفه مندرج در قرارداد بیمه گر با مراکز درمانی هم تراز محاسبه و پرداخت خواهد شد.

در صورت آنکه بیمه شده خارج از کشور فرآیند درمانی و معالجه خود را انجام دهد، نرخ ارز پرداختی به وی

چگونه خواهد بود؟

- میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی ج.ا.ا در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

فرآیند کاری در صورتیکه ثابت شود بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام

به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته نموده باشد، چگونه خواهد بود؟

- در این حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است، می باشد و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر نیز، مسترد نخواهد شد.

مقصود از درج "خارج از تعهدات بیمه گر" در صورتحساب های درمانی چیست؟

- برخی از خدمات در مراکز درمانی و بیمارستان ها خارج از توافقات با شرکت بیمه گر بوده و در صورتحساب به جهت آگاهی بیمه شده درج می شود.

در صورتیکه مرکز درمانی از محاسبه سهم بیمه گر پایه بابت موضوع درمانی امتناع نماید، بیمه شده چگونه می

تواند هزینه درمانی خود را وصول نماید؟



مراکز درمانی ممکن است فاقد قرارداد با بیمه گر های پایه باشند و یا صرفاً در بخشی از خدمات خود دارای قرارداد با ایشان باشند، لذا در صورتیکه مرکز درمانی سهم بیمه گر پایه را محاسبه ننماید، بیمه شده می تواند مدارک خود را جهت بازیافت هزینه های درمانی به بیمه گر درمان تکمیلی خود ارائه نموده و مبالغ پرداختی را پس از کسر فرانشیز وصول نماید.

آیا در صورتیکه مرکز درمانی فاقد قرارداد با بیمه گر پایه مانند تامین اجتماعی باشد، بیمه شده می تواند

هزینه های پرداختی خود را از بیمه گر پایه وصول نماید؟

بیمه شده تحت هر شرایطی اگر از دفترچه بیمه گر پایه خود استفاده ننماید و یا مرکز درمانی سهم بیمه گر پایه را کسر و محاسبه نکند، بیمه شده می تواند مدارک درمانی را از مرکز درمانی دریافت نموده و مستقیماً به بیمه گر پایه خود مراجعه نموده و سهم ایشان را وصول نماید. بدیهی است هزینه مازاد بر آن نیز از طریق بیمه گر تکمیلی نیز قابل پرداخت بوده و فرانشیز لحاظ نخواهد شد.

اگر بیمه شده دارای بیمه گر پایه باشد، در زمان دریافت خدمات درمانی، فرانشیز لحاظ خواهد شد؟

در صورتیکه بیمه شده بنا به هر دلیلی از دفترچه بیمه گر پایه خود مانند بیمه تامین اجتماعی استفاده نکند و سهم آن را وصول ننماید، فرانشیز لحاظ خواهد شد.

رسالت ما، افزایش اطمینان، آسایش و آرامش خاطر جامعه و حمایت از بخش های مختلف اقتصادی و اجتماعی مبتنی بر ارائه خدمات نوین و متنوع در زمینه بیمه های زندگی و غیرزندگی، با استفاده از فن آوری پیشرفته و دانش روز، ظرفیت بازارهای داخلی و خارجی، مدیریت ریسک، سرمایه گذاری در امور اقتصادی و پرورش نیروی انسانی متخصص و کارآمد است. شایان ذکر است ارزش های بنیادین بیمه معلم موثر بر تصمیم گیری ها و رفتارهای فردی و سازمانی این شرکت است، که عبارت است از: شرکتی مشتری مدار، پاسخگو، متعهد نسبت به جامعه بویژه بیمه شدگان محترم دانشگاه بزرگ صنعتی (اساتید گرانقدر، اعضای محترم هیئت علمی و کارکنان)، حافظ حرمت نیروی انسانی، شرکتی با کارکنان خلاق و با انگیزه و رفتاری مناسب و توأم با احترام به مشتریان، افزایش کیفیت و سرعت در ارائه خدمات، پایبند بودن به اصول اخلاقی جامعه، گسترش فرهنگ بیمه در جامعه، خلاقیت، نوآوری و یادگیری برای خلق ایده ها و روش های اثربخش، ارتقاء سطح بهره وری، مسئولیت پذیری، ایجاد انگیزه و تامین رفاه، آسایش و آرامش کارکنان آن دانشگاه محترم، توجه به مسئولیت های اجتماعی و پشتیبانی از موسسات و بنیادهای عام المنفعه و رقابت پذیری با رعایت اصول اخلاق حرفه ای