

سوالات متداول بیمه درمان انفرادی

منظور از بیمه‌گر پایه چیه؟

بیمه‌گر به سازمانی گفته می‌شه که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوط، باید خدمات درمانی ارائه بده. مثل بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح و...

فرانشیز به چی میگن؟

فرانشیز اون بخشی از هزینه‌های درمانی شماست که مطابق با بیمه‌نامه پرداخت می‌کنید. در بیمه‌نامه‌های درمان انفرادی بیمه‌دی، این مقدار بسته به انتخاب شما می‌تونه ۱۰ یا ۲۰ درصد هزینه‌ها باشه.

اگر به مرکز درمانی‌ای مراجعه کنم که بیمه‌گر پایه‌ی من رو قبول نکنه، سهم من از هزینه‌های درمانی چقدر میشه؟

اصلا جای نگرانی نیست، کافیه فقط ۳۰ درصد هزینه‌ها رو پرداخت کنی بقیه‌ش با ما!!!

من بیمه‌نامه درمان شخص واحد خریده‌ام. چه خدماتی رو می‌تونم دریافت کنم؟

ما تو زمان خرید بهت ۳ تا بسته پیشنهاد دادیم که تو بر اساس نیازت یکیشون رو انتخاب کردی تا از خدمات اون استفاده کنی. با توجه به بسته‌ای که انتخاب کردی، ما باهات هستیم تا هزینه‌های بیمارستانی، اعمال جراحی، پاراکلینیکی، جراحی‌های سرپائی، خدمات آزمایشگاهی، هزینه‌های آمبولانس، زایمان، ویزیت، دارو و دندانپزشکی رو برات جبران کنیم.

مگه بیمه‌گر پایه برای جبران هزینه‌هام کافی نیست؟

پس چرا باید بیمه‌نامه درمان شخص واحد/خانواده بخرم؟ به طور کلی بیمه‌های پایه مثل بیمه تأمین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی، بیمه ایرانیان، بیمه روستاییان و غیره تنها بخش کوچکی از هزینه‌های درمانی شما رو

پرداخت می‌کنن و معمولاً پوشش‌هایی مثل ویزیت، دارو، دندانپزشکی و غیره رو در خودشون ندارن. جدای از این با بیمه‌های پایه نمی‌تونید به هر مرکزی مراجعه کنید. خرید بیمه‌نامه درمان انفرادی/ خانوادگی شرکت بیمه دی مساوی‌ست با خدمات و مراکز بیشتر.

چقدر زمان دارم تا سند خدماتی که استفاده کردم رو برای شما ارسال کنم؟

تا ۴ ماه بعد از تاریخی که پذیرش شدید، می‌تونید اسناد خدماتی که استفاده کردید رو برای ما بیارید، البته مدت بیمه‌نامه‌ی شما نباید تمام شده باشه. اگر در اواخر زمان بیمه‌نامه از خدمات بیمه‌نامه‌ی خود استفاده کرده باشید، ۲ ماه فرصت دارید تا اسنادتون رو برای ما بفرستید. (حتی اگر تاریخ بیمه‌نامه‌ی شما تمام شده باشه)

تا چه سنی می‌تونم درمان انفرادی/ خانوادگی بخرم؟

تا ۷۰ سالگی

آیا تمامی مبلغ سندهای خدمات رو پرداخت می‌کنید؟

خیر. مقداری از مبلغ به عنوان فرانشیز حساب می‌شه و به عهده‌ی خود شماست. همین‌طور گاهی احتمال داره مبلغ کمی با عنوان مبلغ خسارت ارزیابی شده از هزینه‌های سند شما کسر بشه. بعد از این دو مرحله مابقی مبلغ رو ما پرداخت خواهیم کرد.

چرا باید پرسشنامه سلامت رو تکمیل کنیم؟

بهش می‌گیم اصلِ حُسن نیت. به این معنی که بدون تحقیق و بر اساس صداقت و اعتمادی که به شما داریم جوابیه‌ی شما رو می‌پذیریم. درواقع به کمک پاسخ‌های شماست که می‌تونیم خدمات بهتری به شما ارائه بدیم. اگر جوابی رو فراموش کرده باشید یا به هر دلیلی جواب‌های درستی در پرسشنامه ننوشته باشید و این مسئله در زمان بررسی سندهای درمانی شما مشخص بشه، متأسفانه امکان جبران هزینه‌هایی پرداخت شده‌ی شما وجود نداره، چون جبران هزینه‌ها بر اساس پاسخ‌های درون پرسشنامه طرح‌ریزی شدن.

با بیمه شخص واحد از چه خدماتی میتونم استفاده کنم و به چه مراکزی میشه مراجعه کرد؟

برای همه خدماتی که تحت پوشش این بیمه نامه هستن میتونین بعد از پرداخت هزینه، صورتحسابتون را برای بررسی و برگردوندن مبالغ به شعب بیمه دی تحویل بدین.

همینطور تو این بیمه نامه برای بیشتر خدمات میتونین به مراکز طرف قرارداد بیمه دی مراجعه کنین:

برای خدمات پاراکلینیکی (یعنی آزمایشگاهی، تصویر برداری، دندانپزشکی و درمانگاه) تو مراکز طرف قرارداد فقط مبلغ فرانشیز بیمه نامتون (۱۰٪ یا ۲۰٪) که زمان خرید انتخاب کردین و پرداخت میکنین.

برای هزینه‌های بیمارستانی و جراحی اگر دوست داشتید که به بیمارستان طرف قرارداد بیمه دی مراجعه کنید، قبل از بستری شدن مدارکتون را برای بررسی به نزدیکترین شعبه میفرستین تا بعد از بررسی براتون معرفی نامه صادر بشه.

اما برای هزینه دارو، باید صورتحساب هزینه هاتون را برای شعب بفرستین تا در کوتاهترین زمان بررسی و بهتون پرداخت بشه.

دوره انتظار برای چیست؟

دوره‌ی انتظار قانونیه از طرف بیمه‌ی مرکزی با این مضمون که برخی خدمات بیمه‌ای نیاز به یک دوره‌ی انتظار مشخص دارن تا بتونن شامل پوشش هزینه‌ها بشن؛ به‌طور مثال برای خدمت زایمان ۹ ماه دوره‌ی انتظار در نظر گرفته شده و یا برای هزینه‌های بیمارستانی و جراحی تخصصی و سونوگرافی ۳ ماه دوره‌ی انتظار در نظر گرفته شده، یا مثلاً یک ماه دوره‌ی انتظار برای خدمات‌های مربوط به درمان کرونا در نظر گرفته شده.

البته فراموش نکنید که اگر سال قبل همین محصول رو از بیمه دی خریداری کرده باشید، امسال شامل دوره‌ی انتظار نخواهید شد.

چه مدارکی برای پرداخت هزینه‌های بیمارستانی لازمه؟

- اصل گواهی پرداخت سهم بیمه‌گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...).
- ارسال دستور پزشک مبنی بر علت بستری، ممهور به مهر و امضاء پزشک.
- اصل صورت-حساب ممهور شده به مهر بیمارستان.

- اصل صورت-حساب پزشکان، ممهور به مهر بیمارستان.
- ارسال دستورات پزشک در طول بستری.
- اصل گواهی پزشکان معالج، شرح حال اولیه، خلاصه-ی پرونده، مشاوره، شرح عمل، برگه-ی بیهوشی (همراه با چارت بیهوشی) و ممهور به مهر پزشک و کمک جراح.
- ارسال ریز دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر و امضاء پزشکان جراح، بیهوشی و سرپرست اتاق عمل.
- ارسال اصل فاکتورهای معتبر و یا تصویر برابر اصل در صورت وجود بیمه-ی پایه از ارتز و پروتزهای مصرف شده جهت درمان بیمار همراه با لیبل مربوطه، گرافی قبل و بعد از عمل و ارائه گواهی تائید مصرف آن توسط پزشک معالج و مهر و امضاء مسئول اتاق عمل.
- ارسال تائیدیه کتبی پزشک متعمد جهت مواردی که طبق مفاد قرارداد نیاز به تائید دارند.
- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش انجام آندوسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوارعصب و عضله، رادیولوژی، CT، MRI و
- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل برگه-ی سیر بیماری (جهت بیمارانی که تحت درمان طبی قرار می-گیرند) با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک معالج.

چه مدارکی برای پرداخت هزینه‌های پاراکلینیکی لازمه؟

- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت، ممهور به مهر و امضاء پزشک مرتبط در دفترچه درمانی سازمان-های بیمه-گر پایه (تأمین-اجتماعی، خدمات-درمانی و ...).
- اصل قبض رسید صندوق و یا فاکتور هزینه ممهور به مهر مرکز درمانی.
- تصویر نتیجه و یا جواب هزینه سرپایی موارد درمانی و تشخیصی.

چه مدارکی برای پرداخت هزینه‌های دندانپزشکی لازمه؟

- هزینه‌های دندانپزشکی مشروط به قرار گرفتن در تعهدات بیمه‌گر و مطابق با ابلاغیه-ی مراجع ذی-صلاح قانونی، قابل بررسی و پرداخت می‌باشد.
 - هزینه‌های ایمپلنت، ارتودنسی و دست‌دندان مصنوعی در تعهد نمی‌باشد.
 - ویزیت دندانپزشک در صورتی-که در آن ویزیت، اعمال دندانپزشکی انجام شده باشد غیر-قابل-پرداخت است.
- توجه داشته باشید که عکس OPG قبل و بعد از انجام کار دندانپزشکی لازمه.

چه مدارکی برای پرداخت هزینه‌های دارویی لازمه؟

هزینه‌های دارویی بر اساس برندی که دکتر تجویز کرده و طبق فهرست داروهای مجاز کشور (فارماکوپه) مورد بررسی قرار می‌گیرند. همچنین باید شرایط زیر رو داشته باشن و حتماً بیمه‌گر پایه بیشترین میزان سهم خودش از داروهای تحت پوشش رو پرداخت کرده باشه:

- داروهای داخلی و وارداتی تحت پوشش بیمه پایه مطابق با قوانین بیمه‌گر پایه پس از کسر سهم بیمه‌گر پایه قابل بررسی و پرداخت می‌باشد (اختلاف قیمت در تعهد است).
 - داروهای تقویتی، مکمل، زیبایی، پوستی، ویتامینه و پروتئینه در تعهد نمی‌باشند.
 - نسخه‌های ناخوانا یا بدون مهر داروخانه غیرقابل پرداخت می‌باشند.
- تبصره: حق فنی داروخانه پرداخت نمی‌شود.

چه مدارکی برای پرداخت هزینه‌های تجهیزات پزشکی (ایمپلنت) کارگذاری شده در بدن حین عمل جراحی لازمه؟

- دستور بستری با قید نام بیمه‌شده، تاریخ جراحی، نام بیمارستان و ممهور به مهر جراح (جهت تایید پیش-فاکتور).
- دستور تجهیز با قید نام بیمه‌شده و اقلام مورد نیاز جهت جراحی و تعداد مورد نیاز و ممهور به مهر جراح (جهت تایید پیش-فاکتور).
- پیش-فاکتور یا فاکتور معتبر و رسمی از شرکت تجهیزات پزشکی.
- مشخصات فاکتور یا پیش-فاکتور معتبر: در سربرگ رسمی که در آن نام، آدرس و تلفن شرکت، کد اقتصادی، شماره ثبت، شناسه ملی شرکت تجهیزات پزشکی، نام و مشخصات کامل خریدار (کد ملی، آدرس، تلفن و... (و مشخصات کالا (شرح کالا، مدل، کد IRC، شماره سریال، تعداد، شرکت سازنده، کشور سازنده، قیمت واحد، قیمت کل) ذکر شده و ممهور به مهر و امضای فروشنده باشد).
- صورت حساب بیمارستانی مرتبط با جراحی (جهت تایید فاکتور).
- شرح جراحی (جهت تایید فاکتور).
- کلیه اسناد مثبت‌مانند گرافی و ... برحسب نوع جراحی صورت گرفته (جهت تایید فاکتور).
- تاییدیه جراحی در خصوص جراحی‌هایی که طبق شیوه‌نامه نیاز به تایید بیمه دی دارند.
- کپی دفترچه بیمه و کارت ملی بیمه‌شده.

تفاوت پاراکلینیکی گروه اول و پاراکلینیکی گروه دوم چیه؟

پاراکلینیکی گروه اول شامل خدماتی مثل انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، ماموگرافی، سونوگرافی، انواع آندوسکوپی و اکوکاردیوگرافی است؛ در حالی که پاراکلینیکی گروه دوم بیشتر شامل تست ورزشی، نوار عصب، نوار عضله، نوار مغز و آنژیوگرافی چشم میشه.