

بیمه درمان تکمیلی چیست ؟

بیمه نامه درمان گروهی جزء بیمه های اشخاص میباشد که شرکت ها و سازمانها برای پوشش هزینه های درمان کارکنان خود آن را درخواست میدهند. در واقع شما با پرداخت حق بیمه در دوران سلامت انتظار پوشش هزینه های درمانی در دوران بیماری را خواهید داشت. مدت بیمه نامه درمان گروهی یا بیمه تکمیلی، یک سال است. معمولاً تاریخ سررسید هم دقیقاً همان ساعت و روز، در سال آینده خواهد بود.

ویژگی متقاضیان بیمه نامه درمان تکمیلی

- ✓ در بیمه نامه درمان تکمیلی بایستی حداقل 50 نفر از طرف شرکت و یا سازمان بیمه گذار به شرکت بیمه معرفی شود.
- ✓ کلیه پرسنل باید تحت پوشش بیمه های درمان معمولی مانند سازمان تامین اجتماعی یا سازمان خدمات درمانی و یا سازمان خدمات نیروهای مسلح (ارتش) باشند.
- ✓ حداقل 50% کارکنان سازمان متقاضی بیمه درمان تکمیلی باشند.

پوشش های قابل ارائه

پوشش های اصلی در بیمه نامه درمان تکمیلی شامل این موارد است:

- ✓ **هزینه های بیمارستانی**
- ✓ **اعمال جراحی خاص** مانند عمل قلب باز که بسیار با یک عمل جراحی متداول مانند آپاندیسیت متفاوت است و به همین دلیل پوشش این موارد، با پرداخت حق بیمه بیشتر امکان پذیر است.
- ✓ **زایمان**: پوشش بسیار معروفی است که هزینه های بستری و زایمان بانوان را تحت پوشش قرار میدهد.
- ✓ **پوشش پاراکلینیکی** شامل هزینه های تشخیصی و کمک تشخیصی بیماری مانند آزمایشات، سونوگرافی، سی تی اسکن ، MRI و تست ورزش.
- ✓ **اعمال جراحی سرپایی** شامل مواردی نظیر شکستگی ها، بخیه، ختنه، رادیوتراپی
- ✓ **هزینه درمان عیوب انکساری چشم** با این شرط که نمره چشم از 3 بیشتر باشد، تا سقف معین
- ✓ **هزینه آمبولانس و فوریت های پزشکی** به شرط بستری شدن فرد
- ✓ **هزینه درمانهای طبی** به شکل بستری نظیر شیمی درمانی، رادیوتراپی، سنگ شکن و بستری
- ✓ هزینه ویزیت و دارو

✓ هزینه های دندانپزشکی

✓ هزینه خرید عینک و لنز و سمعک

موارد خارج از پوشش

به طور کلی قرارداد درمان تکمیلی دو نوع استثناء دارد:

- ✓ استثنائات عمومی و کلی است که در سایر بیمه نامه ها هم اعمال می شود؛ مانند رخداد سیل، زلزله، رانش زمین، یا جنگ، شورش، بلوا یا فعل و انفعالات هسته ای، چنانچه هزینه درمان بابت چنین مواردی متحمل شده باشند، تحت پوشش بیمه نامه درمان تکمیلی نخواهد بود.
- ✓ برخی از هزینه ها به طور کلی از بیمه نامه مستثنی می شود؛ مانند هزینه های چک آپ، هزینه های عیوب مادرزادی، هزینه های عقیم سازی، اعمال جراحی زیبایی که شرکت بیمه سامان هیچ تعهدی در قبال پوشش آنها نخواهد داشت.
- ✓ زیانمان فرزند سوم به بعد

چگونگی پرداخت خسارت

به طور کلی روال پرداخت به دو صورت می باشد.

- ✓ شما می توانید پس از مراجعه به مراکز درمانی، صورتحساب هزینه های پرداختی خود را از طریق سازمان به شرکت بیمه یا نمایندگی های آن اعلام نموده تا پس از بررسی های لازم، هزینه های تحت پوشش محاسبه و پرداخت شود.
- ✓ شما می توانید پس از دریافت معرفی نامه از شرکت بیمه سامان، به بیمارستان مذکور مراجعه نمایید. در این حالت بیمارستان های طرف قرارداد موظف خواهند بود با توجه به سقف هزینه های توافق شده که معمولاً در معرفی نامه هم قید می شود، بدون دریافت هزینه، اقدام به ارائه خدمات درمانی مورد نیاز نمایند. در این روش شما پس از تعیین بیمارستان، بایستی به همراه دستور پزشک مربوط و همچنین نامه کتبی بیمه گذار (سازمان و یا شرکتی که از طرف آن بیمه شده اید)، برای دریافت معرفی نامه به شرکت بیمه مراجعه نمایند تا معرفی نامه بابت پوشش هزینه درمانی خاصی که مورد نظر راست، صادر شود.

** در مواقع اضطراری و روزهای تعطیل یا ساعات غیراداری که امکان هماهنگی با امور اداری شرکت بیمه سامان وجود ندارد، شما می‌توانید با ارائه کارت درمان گروهی، به مراکز درمانی مراجعه نموده و روز بعد، اقدامات لازم اداری را به عمل آورید.