

آئین نامه شماره ۴۴

تعرفه بیمه نامه گروهی درمان تکمیلی

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۴ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری آئین نامه زیر را که مشتمل بر ۷ ماده است در جلسه ۱۳۸۱/۶/۱۹ تصویب نمود که از تاریخ ۱۳۸۱/۷/۱ جایگزین آئین نامه شماره ۲۷/۲ و مکمل های بعد آن می گردد.

ماده ۱- موسسات بیمه مکلفند بیمه نامه گروهی درمان تکمیلی موضوع آئین نامه شماره ۴۳ را براساس مقررات و نرخهای تعیین شده در این آئین نامه صادر نمایند .

ماده ۲- شرایط، میزان تعهدات و حداقل حق بیمه جهت جبران هزینه های بستری و جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود (Day Care) (با بیشتر از ۶ ساعت بستری) و نیز آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ شکن برای گروههایی که تحت پوشش بیمه های درمانی سازمان بیمه درمان همگانی، سازمان تامین اجتماعی و... می باشند بشرح زیر تعیین می گردد:

ردیف	سقف تعهد سالیانه برای هر بیمه شده به میلیون ریال	حداقل نرخ حق بیمه ماهانه (در هزار)
۱	۵	۱/۵۵
۲	بیش از ۵ الی ۱۰	۰/۷۵ در هزار نسبت به مازاد تعهد ردیف ۱
۳	بیش از ۱۰ الی ۵۰	۰/۳ در هزار نسبت به مازاد تعهد ردیف ۲

ماده ۳- پوششهای اضافی

۳-۱- هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین تا میزان ۳۰ درصد سقف تعهد سالیانه و حداکثر تا مبلغ ۵ میلیون ریال با نرخ حق بیمه ماهانه حداقل ۱ در هزار مبلغ تعهد شده در این مورد قابل بیمه شدن می باشد.

۳-۱-۱- مدت انتظار جهت استفاده از پوشش این بند ۶ ماه میباشد که صرفاً برای گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر اعمال می گردد.

۳-۲- افزایش سقف تعهد، برای اعمال جراحی مغز و اعصاب (به استثناء دیسک ستون فقرات) ، قلب، پیوند کلیه و مغز استخوان حداکثر تا دو برابر مبلغ تعهد پذیرفته شده ، با حق بیمه اضافی به میزان ۲۰ درصد حق بیمه پایه مجاز می باشد.

۳-۳- هزینه های پاراکلینیکی به ترتیب زیر قابل پوشش می باشد:

۳-۳-۱- جبران هزینه های سونوگرافی ، ماموگرافی، رادیوتراپی ، انواع اسکن، انواع سیتی اسکن ، انواع اندوسکوپی، ام آرآی ، اکوکاردیوگرافی با سقف حداکثر ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده با نرخ حق بیمه ای معادل ۱/۶ در هزار مبلغ تعهد شده در این مورد برای هر نفر قابل بیمه شدن می باشد.

۳-۳-۲- جبران هزینه های مربوط به تست ورزش ، نوارعضله، نوار عصب ، نوار مغز ، آنژیوگرافی چشم (علاوه بر موارد فوق) با سقف تعهد ۵ درصد تعهد پایه با حق بیمه ۰/۶ در هزاردر ماه قابل بیمه شدن می باشد.

۳-۴- جبران هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم تا میزان حداکثر ۳ میلیون ریال (یک میلیون و پانصد هزار ریال برای هر چشم) با نرخ حق بیمه ماهانه ای معادل ۲/۰ در هزار تعهد پذیرفته شده قابل بیمه شدن می باشد.

۳-۵- هزینه جراحیهای مجاز سرپائی مانند شکستگی ها، گچ گیری، ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم ، تخلیه کیست و لیزر درمانی تا سقف ۵ درصد تعهدات پایه برای هر بیمه شده با نرخ حق بیمه ای معادل ۰/۸ در هزار مبلغ تعهد شده قابل تامین می باشد.

۳-۵-۱- فهرست اعمال غیر مجاز سرپائی (در مطب) پیوست می باشد.

۳-۶- هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً برای گروههای بالای ۱۰ هزار نفر) حداکثر به میزان تعهد پایه سالیانه با نرخ حق بیمه ای معادل ۰/۰۵ در هزار مبلغ تعهد شده در این مورد برای هر نفر قابل بیمه شدن می باشد.

۳-۷- ارائه پوشش بیمه ای جهت خطرات طبیعی (به استثناء زلزله) با حق بیمه اضافی به میزان ۵ درصد حق بیمه پوششهای اخذ شده مجاز است .

۳-۸- هزینه هائی که در اجرای ماده ۳ پرداخت می گردد مازاد بر سقف تعهدات سالیانه می باشد.

ماده ۴- فرانشیز:

۴-۱- حداقل فرانشیز در کلیه موارد بابت سهم بیمه گر اول معادل ۳۰ درصد هزینه های درمان مورد تعهد است در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه ای بیمه گر اول استفاده نماید مشروط بر اینکه تعهدات بیمه گر اول از حداقل مذکور کمتر نباشد فرانشیزی کسر نخواهد شد.

۴-۲- علاوه بر فرانشیز موضوع بند فوق برای گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر ۱۰ درصد فرانشیز اضافی از هزینه های مورد تعهد بیمه گر کسر خواهد شد.

ماده ۵ - تخفیفات :

۵-۱- شرکتهای بیمه می توانند با توجه به تعداد بیمه شدگان تخفیف های زیر را در حق بیمه منظور نمایند:

تعداد بیمه شدگان	درصد تخفیف
۴۰۰۱ الی ۲۰۰۰۰	۵
۲۰۰۰۱ الی ۱۰۰۰۰۰	۱۰
۱۰۰۰۰۱ الی ۵۰۰۰۰۰	۱۵
۵۰۰۰۰۱ به بالا	۲۰

۵-۲- در صورتیکه حداکثر تعهد سالیانه موضوع مواد ۲ و یا بند ۳-۳ الی ۵-۳ بعنوان سقف تعهد برای خانواده در نظر گرفته شود شرکت بیمه می تواند ۱۰ درصد تخفیف در حق بیمه پوشش محدود شده منظور نماید.

ماده ۶ - حق بیمه اضافی

۶-۱- حداقل اضافه نرخ برای افراد بالای ۶۰ سال تمام در گروههای کمتر از ۱۰۰۰ نفر به شرح زیر است:

۶-۱-۱- برای افرادی که بین ۶۰ الی ۷۰ سال سن دارند با ۵۰ درصد حق بیمه اضافی .

۶-۱-۲- برای افرادی که بیش از ۷۰ سال سن دارند با ۱۰۰ درصد حق بیمه اضافی .

۶-۲- ارائه پوشش درمان به صندوقها و سازمانهای بازنشستگی و امثال آن با دریافت حداقل ۳۰ درصد حق بیمه اضافی مجاز می باشد.

ماده ۷- سایر مقررات

۷-۱- حداقل تعداد افراد گروه بیمه ای (با رعایت بند ۳-۲ آئین نامه شماره ۴۳) ۵۰ نفر میباشد. در مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از پنجاه نفر باشد، شرکت بیمه مکلف است توافق بیمه مرکزی ایران را در مورد نرخ و شرایط قبل از صدور بیمه نامه اخذ نماید.

۷-۲- ارائه پوشش هزینه های درمانی سرپائی جز مواردی که در این آئین نامه ذکر شده است مجاز نمی باشد مگر آنکه قبلاً توافق بیمه مرکزی در مورد نوع پوشش ، حدود تعهدات و میزان حق بیمه کسب شده باشد.

۷-۳- حداکثر مبلغ تعهد برای جبران هزینه های آمبولانس (موضوع بند ۳ ماده ۴ شرایط عمومی) برای جابجائی بیمار در داخل شهر ۲۰۰۰۰۰ ریال و بین شهری ۵۰۰۰۰۰ ریال می باشد.

۷-۴- بیمه مرکزی ایران می تواند در هر مورد با ارائه پوششهای بیمه درمانی با نرخ و شرایط دیگری موافقت نماید.

۷-۵- بیمه مرکزی ایران می تواند هر ساله متناسب با افزایش هزینه های درمانی در کشور و عملکرد موسسات بیمه در این رشته نرخ حق بیمه را تعدیل نماید.

۷-۶- شرکتهای بیمه موظفند آمار حق بیمه و خسارت بیمه نامه های صادره خود را به تفکیک هزینه های بیمارستانی زایمان و پاراکلینیکی تهیه و هر سه ماه یکبار به بیمه مرکزی ایران اعلام نمایند.

فهرست اعمال غیر مجاز در مطب

پیوست آئین نامه شماره ۴۴

۱	کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توام باشد.
۲	اعمالی که برای اجرای آن باز کردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق ها)
۳	اعمال جراحی روی استخوانهای بزرگ و طویل بدن
۴	اعمال جراحی داخل قفسه صدری - کاتریسم قلب و عروق
۵	اعمال روی عضلات - اوتار - اعصاب - عروق مگر در مواقع اورژانس
۶	اعمال جراحی داخل دستگاههای تناسلی و ادراری زن و مرد ، گذاردن فورمیس و زایمانهای غیر طبیعی و طبیعی
۷	کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه
۸	اعمال جراحی وسیع استخوانهای فک و صورت و داخل حلق (منجمله شکاف کام و لب شکری ، لوزتین و سینوسها)
۹	بیوپسی انساج داخل مری - تراشه - برونش ها - روده ها - مثانه - کبد - طحال
۱۰	عمل کاتاراکت - گلوکوم - پارگی شبکیه - تومورهای حفره چشم - استرایسیم چشم

۱۱	عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و غیره
۱۲	(Open reduction) عمل جراحی استئوسنتز در شکستگی فکین)
۱۳	بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین
۱۴	رزکسیون فک
۱۵	رزکسیون کندیل فک
۱۶	رزکسیون زبان
۱۷	عمل جراحی باز در آرچ زیگما
۱۸	جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی
۱۹	جا انداختن دررفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی - فکی
۲۰	عمل جراحی روی عصب داندانی - تحتانی
۲۱	بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.

بخشنامه به کلیه شرکت های بیمه

با توجه به اینکه تعرفه بیمه گروهی درمان مصوب جلسه مورخ ۱۳۸۷/۶/۱۹ شورایعالی بیمه از زمان تصویب آن، تاکنون بدون تغییر مانده در حالی که طی همین مدت تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی هر ساله توسط هیئت محترم وزیران افزایش یافته است، لذا در اجرای ماده ۵-۷ آیین نامه شماره ۴۴ مصوب شورایعالی بیمه و با توجه به عملکرد مؤسسات بیمه در این رشته و نیز اختیاری بودن ارائه این پوشش، تعرفه های مصوب بیمه نامه گروهی درمان از تاریخ ۱۳۸۴/۴/۱۵ به شرح زیر تعدیل و جهت اجرا ابلاغ می گردد:

جدول حداقل نرخ حق بیمه برای جبران هزینه های بیمارستانی موضوع ماده ۲ آیین نامه شماره ۴۴

ردیف	سقف تعهد سالیانه برای هر بیمه شده به میلیون ریال	حداقل نرخ حق بیمه ماهانه
۱	۵	۱/۸ در هزار
۲	بیش از ۵ الی ۱۰	۰/۸۵ در هزار
۳	بیش از ۱۰ الی ۵۰	۰/۳۵ در هزار

حداقل نرخ پوشش های اضافی آیین نامه شماره ۴۴:

- ۱- نرخ هزینه زایمان موضوع ماده ۱-۳ معادل ۱/۱۵ در هزار
- ۲- نرخ هزینه پاراکلینیکی موضوع ماده ۱-۳-۳ معادل ۱/۸۵ در هزار مبلغ مورد تعهد
- ۳- نرخ هزینه پاراکلینیکی موضوع ماده ۲-۳-۳ معادل ۰/۷ در هزار مبلغ مورد تعهد
- ۴- نرخ هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم موضوع ماده ۴-۳ معادل ۰/۲۳ در هزار مبلغ مورد تعهد
- ۵- نرخ هزینه های جراحی های مجاز سرپایی موضوع ماده ۵-۳ معادل ۰/۹۲ در هزار مبلغ مورد تعهد

آئین نامه شماره ۴۴/۱ (مکمل آئین نامه شماره ۴۴)

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۴ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری در جلسه مورخ ۱۳۸۴/۱۲/۱۵ تصویب نمود آئین‌نامه شماره ۴۴ به شرح زیر اصلاح شود:

الف- نام آئین‌نامه به «تعرفه بیمه گروهی مزاد درمان» تغییر یابد و ماده یک نیز بر همین اساس اصلاح گردد.
ب- بندهای ۱-۳، ۲-۳ و ۴-۳ به شرح زیر اصلاح شود:

۱-۳: هزینه‌های زایمان اعم از طبیعی و سزارین تا چهل درصد سقف تعهد سالیانه با حداقل حق بیمه ماهانه ۱/۱۵ در هزار مبلغ تعهد شده در این مورد قابل بیمه شدن است. سقف تعهد بیمه‌گر در این پوشش نباید از بالاترین هزینه توافق شده با بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه‌گر تجاوز نماید.

۲-۳: افزایش سقف تعهد برای اعمال جراحی مغز و اعصاب (باستثنای دیسک ستون فقرات)، قلب، پیوند، ریه، پیوند، کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان حداکثر تا دو برابر مبلغ تعهد سالیانه مجاز می‌باشد. حق بیمه اضافی این پوشش معادل بیست و پنج درصد حق بیمه تعهد سالیانه‌ای است که مبنای تعیین سقف تعهد اضافی قرار گرفته است.
۴-۳: هزینه‌های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم حداکثر تا مبلغ پنج میلیون ریال (دو میلیون و پانصد هزار ریال برای هر چشم) با نرخ حق بیمه ماهانه یک در هزار مبلغ تعهد پذیرفته شده قابل بیمه‌شدن می‌باشد.

ج - مفاد ماده ۴ (فرانشیز) به شرح زیر اصلاح شود:

ماده ۴ - فرانشیز:

۱-۴: فرانشیز هزینه‌های بیمارستانی، جراحی، زایمان و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از دفترچه درمانی بیمه‌گر اول حداقل سی درصد کل هزینه‌های درمانی مربوط و در غیر این صورت معادل سهم بیمه‌گراول خواهد بود.
۲-۴ - برای گروه‌های کمتر از هزار نفر علاوه بر فرانشیز موضوع بند فوق، ده درصد فرانشیز اضافی از هزینه‌های قابل قبول کسر خواهد شد.

۳-۴: شرکت بیمه می‌تواند صرفاً فرانشیز هزینه‌های بیمارستانی، جراحی عمومی و تخصصی و زایمان را با دریافت حق بیمه اضافی معادل «درصد فرانشیز کاهش یافته به علاوه ده واحد» تحت پوشش قرار دهد. در هر صورت حداقل فرانشیز ده درصد خواهد بود که قابل بیمه‌شدن نمی‌باشد.

د- بندهای ۲-۶ به شرح زیر اصلاح و بندهای ۳-۶ و ۴-۶ به شرح زیر، ذیل ماده ۶ اضافه گردد:

۲-۶: ارائه پوشش درمان به مشمولین سازمان‌ها و صندوق‌های بازنشستگی با دریافت حداقل صد درصد حق بیمه اضافی مجاز می‌باشد

۳-۶: نرخ حق بیمه گروه‌های کمتر از پنجاه نفر حداقل هفتاد درصد بیشتر از نرخهای مربوط به هر یک از پوشش‌ها می‌باشد.

۴-۶: حق بیمه قراردادهای بیمه درمانی که شروع آن در شش ماهه دوم هر سال باشد حداقل با پنج درصد اضافه نرخ محاسبه شود.

ه- بندهای ۱-۷ و ۳-۷ از ماده ۷ به شرح زیر اصلاح شود:

۱-۷- حداقل تعداد افراد گروه بیمه‌ای (با رعایت بندهای ۲-۳ آئین‌نامه شماره ۴۳) پنجاه نفر می‌باشد. در مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از پنجاه نفر باشد، شرکت بیمه مکلف است در صدور بیمه‌نامه ضوابط زیر را رعایت نماید:

- ۷-۱-۱ - هر یک از اعضای اصلی گروه و سرپرست خانواده موظف است فرم پرسشنامه سلامتی تهیه شده توسط بیمه‌گر را برای خود و سایر اعضای خانواده بطور کامل و خوانا تکمیل نماید. در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، لازم است معاینه پزشکی به هزینه متقاضی بعمل آید.
- ۷-۱-۲ - بیمه‌گذار موظف است برای تمام اعضای گروه یا خانواده درخواست بیمه نماید لکن بیمه‌گر می‌تواند با توجه به پرسشنامه سلامتی یا معاینات انجام شده، از بیمه کردن فرد یا افرادی از گروه خودداری نماید.
- ۷-۱-۳ - ارائه پوشش هزینه‌های رفع عیوب انکساری چشم مجاز نمی‌باشد.
- ۷-۱-۴ - سقف تعهد بیمه‌گر برای هر یک از اعضای گروه و هر یک از اعمال جراحی مورد تعهد اعم از جراحیهای عمومی، تخصصی و فوق تخصصی یکسان باشد.
- ۷-۱-۵ - در سال اول قرارداد، جبران هزینه‌های زایمان و هزینه درمان بیماریهایی که سابقه درمان قبلی دارد استثناء شود.
- ۷-۱-۶ - حق بیمه سالانه این پوشش یکجا دریافت شود.
- ۷-۱-۷ - صدور این بیمه نامه صرفاً توسط شرکت بیمه انجام گیرد.
- بند ۳-۷: حداکثر مبلغ تعهد برای هزینه آمبولانس در داخل شهرها سیصد هزار ریال و برای بین شهرها ششصد هزار ریال تعیین شود.

کاریزما بیمه