

منظور از بیمگر پایه چیه؟

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

فرانشیز به چی میگن؟

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

اگر به مرکز درمانی‌ای مراجعه کنم که بیمگر پایه‌ی من رو قبول نکند، سهم من از هزینه‌های درمانی چقدر میشود؟

صلاً 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 باهاش هستیم تا هزینه‌های بیمارستانی، اعمال جراحی، پاراکلینیکی، جراحی‌های سرپایی، خدمات آزمایشگاهی، هزینه‌های آمبولانس، زایمان، ویزیت، دارو و دندانپزشکی رو برات جبران کنیم.

سگه بیمگر پایه برای جبران هزینه‌هام کافی نیست؟ پس چرا باید بیمه‌نامه درمان شخص واحد/خانواده بخرم؟

به طور کلی بیمه‌های پایه مثل بیمه تامین 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 مساوی-ست با خدمات و مراکز بیشتر.

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

ماه بعد از تاریخی که پذیرش شدید، می‌تونید اسناد خدماتی که استفاده کردید رو برای ما بیاورید، البته مدت بیمه‌نامه‌ی شما نباید تا ۴ ماه 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/ خانواده بخرم؟

تا ۷۰ سالگی

یا 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؟

هش می‌گیم اصل حسن نیت. به این معنی که بدون تحقیق و بر اساس صداقت و اعتمادی که به شما داریم جوابیه‌ی شما رو می‌پذیریم. برواقع 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 میتوانم 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 **پیشتر** 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 نتونن شامل پوشش هزینه‌ها بشن؛ به‌طور مثال برای خدمت زایمان ۹ ماه دوره‌ی انتظار درنظر گرفته شده و یا برای هزینه‌های بیمارستانی و جراحی تخصصی ۳ ماه دوره‌ی انتظار درنظر گرفته شده، یا مثلاً یک ماه دوره‌ی انتظار برای خدمت‌های مربوط به درمان کرونا درنظر 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 صورتحساب ممه‌ور شده به مهر بیمارستان.
- اصل صورتحساب پزشکان، ممه‌ور به مهر بیمارستان.
- ارسال دستورات پزشک در طول بستری.
- اصل گواهی پزشکان معالج، شرح‌حال اولیه، خلاصه‌ی پرونده، مشاوره، شرح عمل، برگه‌ی 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 بیمه‌ی پایه از ارتز و پروتزهای مصرف شده جهت درمان بیمار همراه با لیبل مربوطه، گرافی قبل و بعد از عمل و ارائه گواهی تأیید مصرف آن توسط پزشک معالج و مهر و امضاء مسئول اتاق عمل.
- ارسال تأییدیه کتبی پزشک متعمد جهت مواردی که طبق مفاد قرارداد نیاز به تأیید دارند.
- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش انجام آنروسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوار عصب و عضله، رادیولوژی، MRI، CT و....
- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل برگه‌ی سیر بیماری (جهت بیمارانی که تحت درمان طبی قرار می‌گیرند.) با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک معالج.

چه مدارکی برای پرداخت هزینه‌های پاراکلینیکی لازم‌ه؟

- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت، مهور به مهر و امضاء پزشک مرتبط در دفترچه درمانی سازمان‌های بیمه-گر پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی و ...)
- اصل قبض رسید صندوق و یا فاکتور هزینه مهور 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 ابلاغیه‌ی مراجع ذیصلاح قانونی، قابل بررسی و پرداخت می‌باشد.
- هزینه‌های ایمپلنت، ارتودنسی و دست‌دندان مصنوعی در تعهد نمی‌باشد.
- ویزیت دندانپزشک در صورتی‌که 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 غیر قابل 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 مهور به مهر جراح (جهت تایید پیش‌فاکتور).
- دستور تجهیز با قید نام بیمه‌شده و اقلام مورد نیاز جهت جراحی و تعداد مورد نیاز و مهور به مهر جراح (جهت تایید پیش‌فاکتور).
- پیش‌فاکتور یا فاکتور معتبر و رسمی از شرکت تجهیزات پزشکی.
- مشخصات فاکتور یا پیش‌فاکتور 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 مهور به مهر و امضای فروشنده باشد).

- صورت حساب بیمارستانی مرتبط با جراحی (جهت تایید فاکتور).
- شرح جراحی (جهت تایید فاکتور).
- کلیه اسناد مثبتۀ مانند گرافی و ... برحسب نوع جراحی صورت گرفته (جهت تایید فاکتور).
- تاییدیه جراحی در خصوص جراحی هایی که طبق شیوه نامه نیاز به تایید بیمه دی دارند.
- کپی دفترچه بیمه و کارت ملی بیمه شده.

فاوت پاراکلینیکی گروه اول و پاراکلینیکی گروه دوم چیست؟

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