

BẢO HIỂM SỨC KHỎE TOÀN DIỆN – MEDISHIELD



TÓM TẮT CHƯƠNG TRÌNH

- Thanh toán chi phí y tế cho tai nạn và bệnh tật giúp bạn giảm nhẹ gánh nặng khi không may phải nằm viện/thăm khám
- Khách hàng có thể linh hoạt lựa chọn quyền lợi điều trị ngoại trú, nha khoa theo nhu cầu tài chính
- Chi trả cho các bệnh đặc biệt ngay từ năm đầu tiên (danh sách số lượng bệnh đặc biệt ít...)
- Không áp dụng đồng chi trả với các quyền lợi nằm viện, phẫu thuật, ngoại trú...
- Trẻ em có thể tham gia từ 6 tuổi, và được yêu cầu mua kèm bố và/hoặc mẹ nếu chưa đủ 18 tuổi

ĐIỀU KIỆN THAM GIA

- Từ 6 tuổi đến 65 tuổi (tái tục đến 72 tuổi với điều kiện là tái tục từ 65 tuổi với UIC)
- Không bị các bệnh lý về tâm thần, bệnh phong, hội chứng DOWN
- Không bị thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên
- Không trong thời gian điều trị bệnh/ thương tật/ trong thời gian nằm viện
- Không mắc các bệnh đặc biệt quy định trong quy tắc

THỜI GIAN CHỜ

Hạng mục	Ngày
◆ Bệnh thông thường, răng (mọi chi phí y tế)	30
◆ Bệnh đặc biệt (chi phí y tế nội trú)	180
◆ Bệnh có sẵn (mọi chi phí y tế), bệnh đặc biệt (chi phí y tế ngoại trú)	365
◆ Tử vong do mọi bệnh	365

Một số định nghĩa quan trọng

ĐỊNH NGHĨA BỆNH ĐẶC BIỆT
Là polip, bướu, u và ung thư các loại; bệnh tim và mạch máu, huyết áp, viêm hoặc loét dạ dày, đại tràng, tá tràng, loét ruột; viêm gan các loại; xơ gan, trĩ, sỏi trong các hệ thống tiết niệu và đường mật; đục thủy tinh thể ở người dưới 50 tuổi; Parkinson; lupus ban đỏ; bệnh tiểu đường; suy thận, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD), các bệnh liên quan đến hệ thống tái tạo máu (bao gồm thay máu, lọc máu, chạy thận nhân tạo, bệnh suy tủy, bạch cầu cấp, bạch cầu mãn tính), các bệnh tự miễn và rối loạn chuyển hóa.
ĐỊNH NGHĨA BỆNH CÓ SẴN
Là bệnh hoặc thương tật hoặc bất kỳ tình trạng y tế có trước ngày hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực, hoặc ngày cập nhật chương trình bảo hiểm, tùy theo ngày nào muộn hơn và: a. Người được bảo hiểm đã được chẩn đoán hoặc đã phải điều trị trong 3 năm gần đây hoặc vì bệnh này người được bảo hiểm đã có đơn thuốc, điều trị, hội chẩn, hoặc b. Chủ hợp đồng và/hoặc người được bảo hiểm đã biết về nó theo ý kiến của bác sĩ độc lập, hoặc c. Người bảo hiểm đã xuất hiện những triệu chứng trước ngày hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực bất kể đã có tư vấn của bác sĩ hay không, bất kể Người được bảo hiểm đã biết hoặc ý thức được hay không, và bất kể người được bảo hiểm có thực sự khám hoặc điều trị hay không. d. Những bệnh/ thương tật dưới đây khi phát sinh trong năm hiệu lực bảo hiểm đầu tiên đều được coi là bệnh/ thương tật có sẵn trong mọi trường hợp và do bất kể nguyên nhân nào: viêm xoang, hen suyễn; Amidan cần phải cắt, viêm VA cần phải nạo, vẹo vách ngăn cần phẫu thuật; rối loạn tiền đình; viêm tai giữa cần phẫu thuật, thoái hóa các loại, viêm đa khớp các loại; các tình trạng sỏi, sạn, vôi hóa, các bệnh lý về khớp, đĩa đệm, cột sống, đốt sống (thoát vị, hẹp, lồi, trượt, mất vững, vẹo, lệch, thoái hóa...) e. Thương tật có sẵn thể hiện qua các dấu hiệu, triệu chứng, chẩn đoán của bác sĩ, hay bằng chứng của cơ sở y tế hoặc cơ quan y tế có thẩm quyền

NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

- Không chi trả chết ko rõ nguyên nhân.
- Không chi trả chi phí phẫu thuật dây chằng năm đầu do mọi nguyên nhân, bất kể tai nạn hay phẫu thuật
- Hút thai gây mê và các loại nội soi trong ngày thanh toán theo quyền lợi ngoại trú
- Không chi trả mọi xét nghiệm cúm, sốt có kết quả bình thường
- Không chi trả các chi phí liên quan đến tai nạn xảy ra trước ngày hiệu lực của hợp đồng
- Không chi trả các bệnh đặc biệt đã được chẩn đoán từ trước hoặc vào ngày hiệu lực hợp đồng. UIC chỉ chi trả bệnh đặc biệt được chẩn đoán sau ngày hiệu lực của hợp đồng

- Phẫu thuật không bao gồm thủ thuật và tiểu phẫu, không chi trả các dụng cụ phẫu thuật/điều trị trong danh sách đính kèm

CHÍNH SÁCH GIẢM PHÍ / CHIẾT KHẤU NHÓM / GOM NHÓM

Theo như các “Memo” được UIC công bố có hiệu lực trong một thời gian nhất định

QUY TRÌNH THAM GIA BẢO HIỂM

Bước	Chi tiết
1	Bên mua bảo hiểm điền giấy yêu cầu bảo hiểm sau đó scan/ chụp thật rõ nét cùng với các giấy tờ cá nhân như (CMND cho bố/mẹ + Giấy khai sinh cho con). Sau đó gửi cho đại lý/UIC
2	Sau khi nhận thông tin của Bên mua Bảo hiểm, UIC sẽ thu xếp giấy chứng nhận bảo hiểm scan để xác nhận hiệu lực bảo hiểm.
3	Quý khách chuyển phí bảo hiểm vào tài khoản của UIC ♦ Số tài khoản : 001 100 002 8058 ♦ Người thụ hưởng: Cong ty Bao hiem lien hiệp ♦ Địa chỉ: Ngân hàng TMCP Ngoại thương Việt Nam (VCB) - 31 - 33 Ngô Quyền, Quận Hoàn Kiếm <u>Cú pháp chuyển tiền</u> THANH TOAN PHI BHSK - HOP DONG SO – TEN BEN MUA Đồng thời copy lại Lệnh chuyển tiền để UIC tiện kiểm tra
4	UIC sẽ đặt thẻ cho gia đình, hoàn tất trong khoảng từ 07 đến 10 ngày làm việc

CHECKLIST CÁC CHỨNG TỪ BỒI THƯỜNG

1. Khám ngoại trú: ☐ Giấy yêu cầu bồi thường ☐ Đơn thuốc: Xin dấu của cơ sở y tế và ghi rõ tên bệnh nhân ☐ Sổ khám bệnh: Ghi rõ chuẩn đoán bệnh và tên bệnh nhân ☐ Hóa đơn hợp lệ có liệt kê chi phí y tế và chi tiết số lượng & đơn giá thuốc ☐ Kết quả xét nghiệm chụp chiếu	2. Nằm viện/phẫu thuật ☐ Giấy yêu cầu bồi thường ☐ Giấy ra viện ☐ Phiếu mổ: Trường hợp phẫu thuật ☐ Các hồ sơ & hóa đơn ở mục khám ngoại trú	3. Tai nạn ☐ Giấy yêu cầu bồi thường ☐ Chỉ định nghỉ ốm của bác sĩ ☐ Bản chấm công/Hoặc xác nhận của công ty ☐ Biên bản sự việc ☐ Giấy phép lái xe ☐ Chứng từ khác
--	--	--

ĐỊA CHỈ GỬI HỒ SƠ BỒI THƯỜNG

Công ty TNHH Insmart Việt Nam

<u>Văn phòng Hà Nội</u> Tầng 25, Tòa Nhà Ngọc Khánh Plaza, Số 1 Phạm Huy Thông, Q.Ba Đình, Hà Nội	<u>Văn phòng Hồ Chí Minh</u> 3A Floor, NIKKO Building, 374-374B Vo Van Tan Street, Ward 5, District 3, Ho Chi Minh City.
---	--

QUY TRÌNH BẢO LÃNH

1. Điều kiện được bảo lãnh viện phí

- * Khám chữa bệnh ở những cơ sở y tế thuộc hệ thống của INSMART
- * Người được bảo hiểm mang thẻ UIC Care và CMND (giấy khai sinh nếu là trẻ em) với họ tên đã được khai báo trong danh sách tham gia bảo hiểm.
- * Thẻ tín dụng hoặc tiền đặt cọc sẽ được yêu cầu tùy theo quy định của cơ sở y tế.
- * Bệnh cần điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm
- * Cơ sở y tế và bảo hiểm có đủ cơ sở đánh giá bồi thường

2. Quy trình bảo lãnh viện phí

- * Xuất trình thẻ bảo hiểm cùng CMND/ thẻ nhân viên hoặc giấy khai sinh nếu NĐBH là trẻ em.
- * Bệnh viện cung cấp những thông tin cơ bản cho Bảo Hiểm. Bảo Hiểm sẽ nhanh chóng đánh giá khả năng bồi thường và gọi Thông báo đồng ý/ Từ chối bảo lãnh viện phí cho bệnh viện.
- * Ký Giấy đề nghị bồi thường (claim form) khi xuất viện (nếu được bảo lãnh). Giữ lại giấy ra viện để làm thủ tục bồi thường cho phần trợ cấp/ lương trong thời gian nằm viện.

3. Hệ thống bệnh viện (danh sách như bên dưới)

Lưu ý: Bảo lãnh viện phí không áp dụng cho:

- * Ngoài giờ làm việc, ngày lễ tết...

- * Điều trị tai nạn hay hậu quả của tai nạn trước đó
- * Điều trị cấp cứu
- * Các chi phí khám, xét nghiệm ... trước khi nhập viện, chi phí tái khám sau xuất viện, chi phí dưỡng nhĩ, và các khoản trợ cấp

BẢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

1/ Chương trình chính (Nằm viện / phẫu thuật do bệnh và tai nạn)

Chương trình	IP-1	IP-2	IP-3	IP-4	IP-5	IP-6
Giới hạn bảo hiểm tối đa	802,000,000	602,000,000	402,000,000	322,000,000	242,000,000	162,000,000
A. Giới hạn nội trú cho ốm đau, bệnh tật, tai nạn	400,000,000	300,000,000	200,000,000	160,000,000	120,000,000	80,000,000
<i>Riêng đối với bệnh đặc biệt phát sinh sau khi tham gia bảo hiểm thì chi phí điều trị nội trú và phẫu thuật (A1 + A2) được chi trả theo các giới hạn phụ của A1 và A2, đồng thời không vượt quá mức giới hạn tổng theo năm dưới đây:</i>						
<i>* Trong năm đầu tiên</i>	<i>3,500,000</i>	<i>2,500,000</i>	<i>1,700,000</i>	<i>1,300,000</i>	<i>1,000,000</i>	<i>700,000</i>
<i>* Từ năm thứ hai trở đi</i>	<i>100,000,000</i>	<i>75,000,000</i>	<i>50,000,000</i>	<i>40,000,000</i>	<i>30,000,000</i>	<i>20,000,000</i>
A1. Chi phí bệnh viện tổng hợp (Chi phí bác sĩ thăm khám, các chi phí về dịch vụ và vật tư cần thiết phát sinh trong thời gian nằm viện)	200,000,000	150,000,000	100,000,000	80,000,000	60,000,000	40,000,000
Giới hạn ngày nằm viện	10,000,000	7,500,000	5,000,000	4,000,000	3,000,000	2,000,000
Tiền Giường/phòng (theo ngày, tối đa 60 ngày/năm)	3,500,000	2,500,000	1,700,000	1,300,000	1,000,000	700,000
Tiền phòng chăm sóc đặc biệt (theo ngày, tối đa 60 ngày/năm)	5,200,000	3,700,000	2,500,000	2,000,000	1,500,000	1,000,000
Giường cho người nhà (theo ngày, tối đa 7 ngày/năm)	200,000	100,000	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng	Không áp dụng
Chi phí khám trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện	7,000,000	5,250,000	3,500,000	2,800,000	2,100,000	1,400,000
Chi phí điều trị sau khi xuất viện (tối đa 30 ngày)	7,000,000	5,250,000	3,500,000	2,800,000	2,100,000	1,400,000
Trợ cấp nằm viện (tối đa 60 ngày/năm), chỉ áp dụng cho bệnh viện công	200,000	150,000	100,000	80,000	60,000	40,000
A2. Phẫu thuật (do bệnh & tai nạn, bao gồm cả cấy ghép nội tạng)	200,000,000	150,000,000	100,000,000	80,000,000	60,000,000	40,000,000
B. Điều trị cấp cứu (do bệnh & tai nạn)	200,000,000	150,000,000	100,000,000	80,000,000	60,000,000	40,000,000
C. Chi phí xe cứu thương (đường bộ không bao gồm đường hàng không và phạm vi không vượt quá 200.000 km) chỉ áp dụng khi nguy kịch đến tính mạng	200,000,000	150,000,000	100,000,000	80,000,000	60,000,000	40,000,000
D. Trợ cấp mai táng	2,000,000	2,000,000	2,000,000	2,000,000	2,000,000	2,000,000

2/ Quyền Lợi bổ sung lựa chọn

2.1 Ngoại trú do bệnh & tai nạn				
Chương trình	OP-1 (IP1)	OP-2 (IP1 - IP3)	OP-3 (IP1-IP5)	OP-4 (IP1-IP6)

Giới hạn bảo hiểm tối đa	15,000,000	10,000,000	6,000,000	5,000,000
Giới hạn khám (tối đa 10 lần/năm) - Điều trị ngoại trú tổng quát - Điều trị ngoại trú chuyên khoa - Xét nghiệm và chụp X-Quang (theo chỉ định bác sỹ)	3,000,000	2,000,000	1,200,000	1,000,000
Chữa trị đông y, nắn xương, châm cứu, vật lý trị liệu (hạn mức ngày; tối đa 10 lần/năm)	150,000	100,000	60,000	50,000

2.2 Nha khoa	(Mua cùng Quyền lợi Nội trú và Ngoại trú)	DC
Giới hạn bảo hiểm tối đa		10,000,000
Chăm sóc răng cơ bản (Nhổ răng, trám răng bằng vật liệu thông thường, chụp X-quang...)	Đồng chi trả 25%	Trả toàn bộ
Chăm sóc răng nâng cao (Nhổ răng mọc bất thường, lấy tủy, cắt u răng, cắt cuống răng)		Trả toàn bộ
Kiểm tra răng định kì (lấy cao răng, kiểm tra răng)		500,000

2.3 Tử vong / Thương tật vĩnh viễn do bệnh	DS-1	DS-2
Giới hạn bảo hiểm tối đa	200,000,000	100,000,000

2.4 Tử vong / Thương tật vĩnh viễn do tai nạn	DA-1	DA-2
Giới hạn bảo hiểm tối đa	200,000,000	100,000,000

Nhóm tuổi	Điều trị Nội trú						Ngoại trú				Nha khoa	TV/TTVV (bệnh)		TV/TTVV (tai nạn)	
	IP-1	IP-2	IP-3	IP-4	IP-5	IP-6	OP-1 (IP1)	OP-2 (IP1 - IP3)	OP-3 (IP1-IP5)	OP-4 (IP1-IP6)	DC	DS-1	DS-2	DA-1	DA-2
Từ 6 tuổi đến 18 tuổi	7,076,250	5,880,938	4,111,875	3,289,500	2,868,750	1,912,500	5,625,000	3,750,000	2,250,000	1,875,000	6,000,000	400,000	200,000	200,000	100,000
Từ 19 tuổi đến 45 tuổi	8,325,000	6,918,750	4,837,500	3,870,000	3,375,000	2,250,000	5,906,250	3,937,500	2,362,500	1,968,750	6,000,000	400,000	200,000	200,000	100,000
Từ 46 tuổi đến 65 tuổi	12,487,500	10,378,125	7,256,250	5,805,000	5,062,500	3,375,000	7,875,000	5,250,000	3,150,000	2,625,000	6,000,000	400,000	200,000	200,000	100,000
Từ 66 tuổi đến 70 tuổi (*)	14,152,500	11,761,875	8,223,750	6,579,000	5,737,500	3,825,000	9,562,500	6,375,000	3,825,000	3,187,500	6,000,000	400,000	200,000	200,000	100,000