|  |  |
| --- | --- |
| CÁC CÂU HỎI THƯỜNG GẶP &CÂU TRẢ LỜI [1. Hiệu lực của Đơn bảo hiểm 1](#_Toc71296185)  [2. Thẻ 1](#_Toc71296186)  [3. Thời gian chờ 2](#_Toc71296187)  [4. Quyền lợi KCB 2](#_Toc71296188)  [5. Quyền lợi về KCB răng 6](#_Toc71296189)  [6. Quyền lợi thai sản 7](#_Toc71296190)  [7. BH y tế hoặc BH khác 8](#_Toc71296191)  [8. Hóa đơn để thanh toán bồi thường 9](#_Toc71296192)  [9. Người thân 10](#_Toc71296193) |  |

# Hiệu lực của Đơn bảo hiểm

Q: Thời hạn bảo hiểm cho 03 năm từ 15/5/2021 đến 31/12/2024 đúng không? Trường hợp tôi nghỉ hưu trong thời gian đó có được tiếp tục sử dụng bảo hiểm không?

A: HLBH từ 15/05/2021 – 14/05/2024, Đơn BH của từng NLĐ sẽ tự động hết hiệu lực cùng ngày với ngày chấm dứt HĐ lao động với VNA. Do vậy, khi NLĐ nghỉ hưu, chương trình bảo hiểm này sẽ tự động chấm dứt từ ngày NLĐ nghỉ hưu.

Q: Tôi đang điều trị bệnh từ trước 15/5/2021 thì có được Bảo Minh chi trả các chi phí phát sinh từ ngày 15/5/2021 không?

A: Được chi trả các chi phí y tế phát sinh kể từ ngày 15/05/2021.

Q: Nếu sau thời hạn 3 năm mà TCT không tiếp tục mua BH này thì NLĐ có thể tiếp tục duy trì bằng cách tự nộp phí BHSK không? Trong trường hợp này mức phí đóng thế nào?

A: Đây là HĐ BH cấp cho VNA và các đơn vị vốn góp, không cấp cho từng cá nhân riêng lẻ. Nếu vẫn muốn tham gia BH, NĐBH liên hệ Bảo Minh để được giới thiệu các gói bảo hiểm cá nhân khác.

# Thẻ

Q: Nếu tôi mất thẻ thì có được cấp lại không?

A: Được cấp lại trong vòng 30 ngày kể từ ngày Bảo Minh nhận được thông báo mất thẻ.

Q: Tôi quên mang thẻ/ quên mang CMT hoặc giấy tờ tùy thân thì có được bảo lãnh không?

A: Không, NĐBH vui lòng tự thanh toán chi phí KCB và làm HS yêu cầu bồi thường sau.

Q: Thẻ bảo hiểm được sử dụng trong trường hợp nào?

A: Thẻ bảo hiểm dùng để xuất trình khi có yêu cầu bảo lãnh viện phí.

Q: Tôi làm mất thẻ bảo lãnh, vậy Bảo Minh có hỗ trợ bảo lãnh không thẻ không? Tôi phải làm gì để được in lại thẻ?

A: Bảo Minh không hỗ trợ bảo lãnh không thẻ. Nếu mất thẻ, NĐBH báo đầu mối liên hệ của Bên mua bảo hiểm để báo sang Bảo Minh đề nghị cấp lại thẻ bảo hiểm

Q: Tôi đi khám và quên mang thẻ, vậy tôi có được bảo lãnh không?

A: Nếu không mang thẻ, NĐBH vui lòng tự thanh toán và về làm HS yêu cầu bảo hiểm gửi Bảo Minh để được bồi hoàn.

Q: Tôi thay đổi CMTND, tôi có cần báo Bảo Minh in lại thẻ không?

Khi thay đổi CMTND chuyển sang CCCD, NĐBH báo thay đổi cho đầu mối của đơn vị để báo cho Bảo Minh cập nhật thông tin NĐBH. Tuy nhiên, trên thẻ Bh không có số CMTND/CCCD nên không cần in lại thẻ.

# Thời gian chờ

Q: Bỏ thời gian chờ cho tất cả các quyền lợi bảo hiểm được hiểu là bỏ thời gian chờ cho tai nạn đã có sẵn từ trước khi tham gia bảo hiểm đúng không?

A: NĐBH sẽ được chi trả bảo hiểm cho chi phí y tế phát sinh kể từ ngày hiệu lực bảo hiểm.

# Quyền lợi KCB

Q: Bảo Minh có thanh toán chi phí Kiểm tra sức khỏe định kỳ hàng năm không?

A: =>Không chi trả mọi chi phí khám với mục đích kiểm tra, bao gồm kiểm tra sức khỏe định kỳ (Điểm loại trừ số 03 của Quy tắc 0432 đính kèm HĐBH)

Q: Đối với các trường hợp phát hiện ra bệnh ung thư (và hoặc các bệnh có sẵn, hiểm nghèo) trước và sau ngày 15/5/2021 thì Bảo Minh có thanh toán chi phí KCB này không?

A: -Đối với NLĐ bị ung thư trước ngày hiệu lực bảo hiểm của hợp đồng này và thuộc danh sách NLĐ đã tham gia BHSK thuộc Hợp đồng BHSK số: 01/BHSK-VNA 2017-2020, Bảo Minh đồng ý nhận bảo hiểm điều trị ung thư và các biến chứng liên quan với mức bảo hiểm cụ thể nêu tại Mục A.6 của Bảng quyền lợi bảo hiểm trên. Các quyền lợi bảo hiểm đối với các bệnh khác theo Bảng quyền lợi BHSK giai đoạn 2021-2023 này.

-Đối với các bệnh lý khác, thanh toán theo điều khoản mở rộng số 16 của HĐBH như sau: “Nhà thầu đồng ý rằng: Hợp đồng này sẽ tiếp tục bồi thường cho các rủi ro đã phát sinh trước khi bắt đầu thời hạn bảo hiểm nhưng việc điều trị diễn ra trong thời hạn bảo hiểm, bao gồm tất cả các điều trị mà nguyên nhân không bị loại trừ trong đơn, tối đa đến mức giới hạn của số tiền bảo hiểm đã được ghi nhận theo Hợp đồng, kể từ ngày Hợp đồng này có hiệu lực”

Q: Tôi có thể đi khám, chữa bệnh tại các cơ sở y tế nào?

A: Quý khách hàng có thể khám chữa bệnh tại tất cả các cơ sở y tế hoạt động hợp pháp trên toàn quốc (không bao gồm phòng mạch tư theo định nghĩa số 23 tại quy tắc BH 0432)

Q: Phần điều trị cấp cứu có bắt buộc nằm viện và nhập viện mới được thanh toán chi phí này không?

A: Được thanh toán khi thỏa mãn nội dung điều trị theo định nghĩa tại quy tắc BH như sau:

Điều trị cấp cứu: Là dịch vụ cấp cứu được thực hiện tại phòng cấp cứu của một bệnh viện hoặc phòng khám cho một tình trạng nguy kịch.

=>*Bắt buộc lưu viện điều trị tại phòng cấp cứu, không bắt buộc nhập viện sau khi điều trị cấp cứu*

Q: Trường hợp đi khám bác sỹ kê đơn thuốc, nhưng hiệu thuốc không có mà bán thuốc có thành phần tương đương có được chấp nhận không?

A: BH thanh toán theo Luật kê đơn của Bộ Y tế (điều 6-thông tư 52/2017/TT-BYT), theo đó:

-Trường hợp bác sĩ kê tên biệt dược (ví dụ toa kê: paracetamol 500mg) => Người được BH có thể mua thuốc với tên thương mại khác nhau có thành phần trên toa kê

-Trường hợp kê tên thương mại hoặc tên thương mại kèm biệt dược (ví dụ toa kê: “Baraclude” hoặc “Baraclude (entecavir) 0.5mg”) => NĐBH bắt buộc phải mua thuốc có tên thương mại đã được kê trong toa

Q: Trường hợp tôi đi khám, bác sỹ có chỉ định làm các xét nghiệm chuyên sâu tại nhiều khoa, nhưng không kết luận ra bệnh thì các chi phí đó có được chi trả không?

A: Không được BH

Việc bác sĩ chỉ định cận lâm sàng nhằm nhiều mục tiêu: để hỗ trợ cho chẩn đoán xác định, loại trừ chẩn đoán phân biệt, kiểm tra tầm soát, để theo dõi điều trị, để tiên lượng,.. Nhưng nhà Bảo Hiểm chỉ chấp nhận chi trả cho những cận lâm sàng liên quan trực tiếp chẩn đoán bệnh, có nghĩa là phục vụ chẩn đoán xác định. Những cận lâm sàng khác mang tính tầm soát nằm ngoài Phạm vi bảo hiểm

(Vui lòng tham khảo phạm vi BH tại Quy tắc BH đính kèm HĐ)

Q: Tôi đi khám tại bệnh viện A nhưng bác sỹ có chỉ định làm xét nghiệm, chiếu chụp tại bệnh viện B thì tính là 1 hay 2 lần khám?

A: Được tính là 1 lần khám

Nguyên tắc xác định một lần khám bệnh được thực hiện theo hướng dẫn tại Quyết định số 40/2006/QĐ-BYT ngày 25/12/2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành

Q: Tôi đi khám ngoại trú nhưng bác sỹ có chỉ định ngày hôm sau đến để làm xét nghiệm, chiếu chụp tiếp thì có được tính là 2 lần khám ko?

A: Được tính là 1 lần khám

Nguyên tắc xác định một lần khám bệnh được thực hiện theo hướng dẫn tại Quyết định số 40/2006/QĐ-BYT ngày 25/12/2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành

Q: Đi khám bệnh, bác sỹ yêu cầu làm xét nghiệm và chụp chiếu. Kết quả ko có gì bất thường. Vậy chi phí làm xét nghiệm và chụp chiếu này có được thanh toán không? Bệnh án ở đây được hiểu là các tài liệu nào?

A: Không được BH

Các trường hợp không phát hiện bệnh lý cần điều trị không thuộc phạm vi BH

(Vui lòng tham khảo phạm vi BH tại Quy tắc BH đính kèm HĐ)

Q: Phẫu thuật theo yêu cầu của bệnh nhân, phẫu thuật định hình có được bảo hiểm hay không?

A: Không được BH

Các chi phí thuộc phạm vi BH phải được chỉ định bởi bác sỹ điều trị, Các chi phí phát sinh theo yêu cầu của bệnh nhân/người nhà, không thuộc phạm vi BH

Q: Khi khám chữa bệnh đông y hay tại phòng khám y khoa Trung Quốc/ hàn quốc có được bồi thường không?

A: Được BH trong trường hợp các phòng khám hoạt động hợp pháp, có hóa đơn, dấu pháp nhân (dấu tròn) và không bao gồm phòng mạch tư theo định nghĩa số 23 tại quy tắc BH 0432

Q: Trong trường hợp tôi khám bệnh theo chỉ định của bác sĩ và phát hiện ra bệnh, nhưng bác sĩ thấy chưa cần điều trị nên chưa cho thuốc hoặc phác đồ điều trị, vậy tôi có được bồi thường chi phí khám bệnh không?

A: Chi trả lần khám đầu tiên phát hiện bệnh và không điều trị, các lần tái khám không thuộc phạm vi BH

Q: Đục thủy tinh thể có bảo hiểm không

A: Loại trừ BH theo điều khoản loại trừ số 3 của Quy tắc BH 0432 đính kèm HĐ

Q: Vận chuyển cấp cứu như thế nào thì được chi trả, sử dụng taxi hoặc phương tiện công cộng khác có được chi trả không?

A: Thỏa mãn điều kiện theo định nghĩa đính kèm HĐBH

Vận chuyển khẩn cấp

Chi phí cho việc vận chuyển khẩn cấp và sơ cấp cứu để đưa Người được bảo hiểm trong tình trạng nguy kịch đến điều trị tại phòng cấp cứu của bệnh viện hoặc phòng khám gần nhất với điều kiện chăm sóc y tế thích hợp.

Quyền lợi áp dụng theo bảng quyền lợi đính kèm HĐBH, áp dụng đúng loại phương tiện vận chuyển đã thể hiện trên điều khoản như sau:

+ Quyền lợi BH tai nạn:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 | Chi phí y tế | 157.500.000 VNĐ |
| Chi phí điều trị nội trú, ngoại trú, điều trị trong ngày để điều trị thương tật do tai nạn (24/7) bao gồm chi phí xe cấp cứu/ xe cứu thương (loại trừ SOS, IPA và đường hàng không), chi phí phẫu thuật và nằm viện, chi phí thuốc men.v.v.., theo hạn mức chi phí do Người được bảo hiểm chọn. Riêng vận chuyển bằng xe taxi giới hạn 500.000 VND/vụ | Theo chi phí thực tế, hợp lý, không vượt quá STBH |

+ Quyền lợi BH sức khỏe:

|  |  |
| --- | --- |
| e/ Dịch vụ xe cứu thương trong lãnh thổ Việt Nam (loại trừ đường hàng không và dịch vụ SOS, IPA). | 40.000.000 VNĐ |

Q: Ví dụ tôi bị tai nạn ngã cầu thang ở nhà thì biên bản tai nạn tôi cần cung cấp trong HS ntn, việc xác nhận của chính quyền thật là khó khăn.

Căn cứ theo mức độ thiệt hại Bảo Minh sẽ có hướng dẫn về biên bản tai nạn có xác nhận của chính quyền hay chỉ cần biên bản tai nạn do NĐBH tự khai và có xác nhận của người làm chứng.

Q: Trường hợp nhập viện trong ngày chỉ để nội soi dạ dày, đại tràng/ trực tràng/ tá tràng có Giấy ra viện thì có được thanh toán theo quyền lợi nội trú không?

A: Các trường hợp nhập viện để thực hiện các cận lâm sàng nhằm mục đích chẩn đoán bệnh, được chi trả theo quyền lợi Ngoại trú

Q: Nếu tôi không thể đến bệnh viện hoặc các trung tâm y tế để khám bệnh được mà phải mời bác sĩ đến nhà khám thì có được bồi thường không?

A: Không được BH

Q: Tôi bị bệnh Viêm gan siêu vi B và đang dùng thuốc trong vòng 3 tháng. Bác sĩ có yêu cầu tôi phải tái khám và tiến hành một số xét nghiệm sau khi dùng hết thuốc. Nều sau khi tái khám tôi không còn bệnh nữa và bác sĩ cũng nói rằng không cần uống thuốc, chỉ cẩn mỗi 6 tháng trở lại làm các xét nghiệm để xem bệnh có tái phát không thỉ bảo hiểm có thanh toán bồi thường cho tôi không?

A: Chỉ thanh toán 1 lần tái khám đầu tiên theo chỉ định của bác sĩ sau đợt điều trị bệnh trước đó. Các lần tái khám định kỳ (mỗi 6 tháng) không thuộc phạm vi BH do không có bệnh lý cần điều trị

Q: Trong những lần khám thai, bác sĩ có kê toa cho tôi một số thuốc bổ như canxi, sắt, …BẢO MINH có thanh toán chi phí này cho tôi không

A: Được thanh toán trong trường hợp các sản phẩm kê đơn được đăng ký dưới dạng thuốc (không phải thực phẩm chức năng, chế phẩm hoặc thiết bị y tế…) Theo giới hạn quyền lợi Khám thai định kỳ trong HĐBH

Q: Tôi có triệu chứng sốt, mệt mỏi và đến bệnh viện để khám bác sĩ, bác sĩ chỉ định cận lâm sàng như xét nghiệm, siêu âm nội soi để kiểm tra nhưng kết luận bệnh cuối cùng của bác sĩ là tôi chỉ bị viêm mũi cấp. Vậy bảo hiểm có thanh toán toàn bộ chi phí khám xét nghiệm của tôi theo chỉ định của bác sĩ không?

A: Việc bác sĩ chỉ định cận lâm sàng nhằm nhiều mục tiêu: để hỗ trợ cho chẩn đoán xác định, loại trừ chẩn đoán phân biệt, kiểm tra tầm soát, để theo dõi điều trị, để tiên lượng, ... Nhưng nhà Bảo Hiểm chỉ chấp nhận chi trả cho những cận lâm sàng liên quan trực tiếp chẩn đoán bệnh, có nghĩa là phục vụ chẩn đoán xác định. Những cận lâm sàng khác mang tính tầm soát nằm ngoài Phạm vi bảo hiểm

(Vui lòng tham khảo phạm vi BH tại Quy tắc BH đính kèm HĐ)

Q: Khi yêu cầu trả tiền bảo hiểm cho người khác, tôi có phải làm giấy ủy quyền không?

A: Trường hợp ủy quyền cho người khác Claim hộ, người được BH bắt buộc phải cung cấp giấy ủy quyền hợp pháp

Q: Trong thời gian nợ phí, nếu có hồ sơ bồi thường phát sinh có được thanh toán không?

Phí thanh toán, VNA đảm bảo theo thỏa thuận trong HĐBH, Hồ sơ phát sinh được đảm bảo thanh toán bồi thường theo cam kết

Q: Tôi không sử dụng dịch vụ ở các bệnh viện, phòng khám bảo lãnh thì Bảo Minh có chi trả bồi thường cho tôi không?

A: Quý khách hàng có thể khám chữa bệnh tại tất cả các cơ sở y tế hoạt động hợp pháp trên toàn quốc (không bao gồm phòng mạch tư theo định nghĩa số 23 tại quy tắc BH 0432)

Q. Trường hợp NLĐ đi công tác NN, thì có những quyền lợi BH nào và phải thực hiện thông báo như thế nào

A: NĐBH đi công tác nước ngoài cũng được hưởng chương trình bảo hiểm này khi KCB ở nước ngoài. Mức bảo hiểm như KCB trong nước. NĐBH thực hiện khám chữa bệnh lấy hóa đơn và chứng từ y tế về làm HS yêu cầu bồi thường. Nếu chuyến công tác quá 5 người cần thông báo cho BM trước khi khởi hành.

# Quyền lợi về KCB răng

Q: Quyền lợi răng có bao gồm phẫu thuật hay tiểu phẫu không?

Phạm vi BH theo điều khoản HĐBH như sau:

|  |
| --- |
| 3/ Điều trị răng bao gồm: |
| - Khám chụp X.Q |
| - Viêm nướu (lợi), nha chu; |
| - Trám răng bằng chất liệu thông thường như amalgam, composite, fuji... |
| - Điều trị tuỷ răng |
| - Cạo vôi răng (Lấy cao răng tối đa tối đa 2 lần/năm); |
| - Nhổ răng bệnh lý, răng khôn (Bao gồm tiểu phẫu) |

=>Có bao gồm tiểu phẫu

Q: Trường hợp cần nhổ răng khôn tại HN, có thể khám/điều trị tại các phòng mạch tư, phòng nha tư nhân có giấy phép hành nghề và cung cấp được hóa đơn/chứng từ tài chính theo quy định thì có được thanh toán bảo hiểm không?

A: Được thanh toán: Các phòng khám có đăng kí kinh doanh, có giấy phép hành nghề, có hóa đơn tài chính và chứng từ y tế đầy đủ.

Q: Trường hợp tôi hàn răng bằng các chất liệu cao cấp thì có được chi trả không?

A: Chỉ chi trả chi phí trám răng bằng chất liệu thông thường như mục quyền lợi HĐ:

“- Trám răng bằng chất liệu thông thường như amalgam, composite, fuji...”

Q: Nên đi khám răng ở đâu để được thanh toán và thủ tục nào cần có để được bồi thường khi đi khám và điều trị răng?

A: - Đi khám ở đâu: Các bệnh viện trên cả nước, hoặc các phòng khám có đăng kí kinh doanh, có giấy phép hành nghề, có hóa đơn tài chính và chứng từ y tế đầy đủ.

-Thủ tục bồi thường: Vui lòng tham khảo hướng dẫn về hồ sơ yêu cầu trả tiền BH

Q: Nhổ răng khôn, răng mọc lệch có được bồi thường hay không

A: Được bồi thường theo mục quyền lợi sau:

- Nhổ răng bệnh lý, răng khôn (Bao gồm tiểu phẫu) => Được BH

- Nhổ răng mọc bất thường, lấy tủy, cắt u răng, cắt cuống răng => Không được BH

# Quyền lợi thai sản

Q: Bảo Minh có giới hạn số ngày nằm viện trong trường hợp sinh thường và sinh mổ?

A: Giới hạn sinh thường tối 3 ngày nằm viện, sinh mổ 4-5 ngày, trừ các trường hợp bất thường có chỉ định lưu viện thêm

Q: Nếu tôi đã đăng ký gói sinh trọn gói tại các bệnh viện Vinmec, Việt Pháp.... thì có được chi trả các chi phí xét nghiệm trước sinh, chi phí sinh không?

A: Thanh toán theo mục quyền lợi thai sản của HĐBH bao gồm:

-Khám Thai định kỳ: 500.000đ/năm

- Chi phí xét nghiệm lần cuối trước khi nhập viện phục vụ trực tiếp cho ca sinh được bảo hiểm theo mức giới hạn phụ của quyền lợi 5a: 3.300.000đ/năm

-Chi phí Sinh và trợ cấp:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4 | Quyền lợi thai sản ( không bao gồm khám thai định kỳ) | 84.000.000 VNĐ |
| - Sinh thường và biến chứng thai sản không phải phẫu thuật | Bao gồm trong giới hạn nằm viện, mục A-l nêu trên, tối đa đến STBH quyền lợi thai sản |
| - Sinh mổ có chỉ định cùa bác sĩ và biến chứng thai sản phải phẫu thuật | Bao gồm trong giới hạn nằm viện, mục A-l nêu trên và giới hạn phẫu thuật, mục A-2 nêu trên, tối đa đến STBH quyền lợi thai sản |
| - Chăm sóc em bé trong vòng 7 ngày ngay sau khi sinh (với điều kiện mẹ vẫn đang nằm viện) | 600.000 VNĐ/ca |
| - Trợ cấp sinh tại Bệnh viện công | Sinh thường: 500.000 VNĐ/ca sinh |
| Sinh mổ: 1.000.000 VNĐ/ca sinh |

Q: Tôi đăng ký sinh trọn gói tại bệnh viện. Chi phí trọn gói đó có được bồi thường không?

A: Xem xét các mục **dịch vụ** y tế nêu trong Gói sinh đó và được bồi thường theo các mục quyền lợi thai sản nêu trong đơn BH (tham khảo câu trả lời bên trên).

Q: Về thai sản, các tình huống như sau thì BH thanh toán bao nhiêu?

* 4 lần khám thai định kỳ gồm siêu âm, triple test, double test,
* Trường hợp động thai,
* Trường hợp chọc ối, sàng lọc trước sinh

A: Các tình huống được thanh toán như sau:

* 4 lần khám thai định kỳ gồm siêu âm, triple test, double test: Thuộc Quyền lợi khám thai định kỳ có mức giới hạn bồi thường 500.000 VND/năm.
* Trường hợp chọc ối, sàng lọc trước sinh: Thuộc Quyền lợi khám thai định kỳ có mức giới hạn bồi thường 500.000 VND/năm
* Trường hợp động thai: Thanh toán theo giới hạn Quyền lợi biến chứng thai sản nếu việc điều trị yêu cầu sử dụng các thủ thuật sản khoa theo quy định tại mục 11-thai sản và sinh đẻ tại Quy tắc 0432 của Bảo Minh và danh mục thủ thuật sản khoa theo Quy định của Bộ y tế. Trường hợp điều trị Dưỡng thai không thuộc phạm vi BH

Q: Chương trình của NLĐ được miễn thời gian chờ đối với các quyền lợi có áp dụng với thai sản không?

A: Miễn toàn bộ thời gian chờ bao gồm Thai sản

Q: Trường hợp sinh em bé từ 1/1/2021 đến 15/5/2021 có được chi trả không?

A: Chỉ chi trả các chi phí phát sinh trong thời hạn hiệu lực của HĐBH từ 15/5/2021.

Q: Tôi được chẩn đoán động thai, bác sĩ chỉ kê toa điều trị ngoại trú tôi có được bảo hiểm không?

A: Được thanh toán theo giới hạn quyền lợi khám thai định kỳ 500.000 VND/năm.

# BH y tế hoặc BH khác

Q: Nếu tôi đã có BHYT tại bệnh viện, thì bảo hiểm này thanh toán như thế nào cho tôi?

A: Bảo Minh thanh toán chi phí thực tế phát sinh theo Hóa đơn tài chính- Là phần chi phí mà người được BH phải tự chi trả ngoài BHYT

Q: Tôi đã điều trị theo đúng tuyến BHYT, nên không có hồ sơ bệnh án, vậy Bảo Minh sẽ chi trả các chi phí này như thế nào?

A: Người được BH phải cung cấp hồ sơ yêu cầu BH đầy đủ theo hướng dẫn về hồ sơ yêu cầu trả tiền Bảo Hiểm, ứng với các chi phí mà người được BH yêu cầu chi trả theo HĐ này.

Q: Khi điều trị nội trú, nhiều bệnh nhân thường sử dụng BHYT, và chỉ cần yêu cầu bồi thường phần trợ cấp nằm viện. Bảo Minh có giải quyết không, nếu bệnh viện không thể cung cấp bảng kê viện phí mà chỉ có Giấy ra viện?

A: Để thanh toán quyền lợi trợ cấp, Người được BH bắt buộc cung cấp giấy ra viện + bảng kê viện phí có thể hiện số ngày giường

Q: Nếu tôi đã có chương trình BHSK ở các chương trình BH khác (nhân thọ hoặc BHSK ở các cty BH khác) rồi thì quyền lợi bảo hiểm của tôi được chi trả như thế nào nếu có bồi thường phát sinh?

A: Bảo Minh thanh toán chi phí thực tế-phần chưa được thanh toán bởi các chương trình BH khác (BHYT, BH nhân thọ hoặc BH CSSK của công ty BH khác).

Nếu NĐBH nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường ở các công ty bảo hiểm khác trước, thì yêu cầu họ trả lại bản copy có đóng dấu của công ty bảo hiểm đó toàn bộ hóa đơn, chứng từ y tế, thông báo bồi thường đã chi trả, sau đó làm HS yêu cầu bồi thường nộp cho Bảo Minh để Bảo Minh tiến hành bồi thường tiếp trên nguyên tắc tổng số tiền bồi thường của các công ty bảo hiểm không vượt quá chi phí thực tế đã phát sinh thể hiện trên hóa đơn của NĐBH.

Q: Tôi đã có BHSK (riêng có) tại Bảo Minh hoặc MIC, tôi muốn hủy bảo hiểm có được không?

A: Anh/chị vui lòng làm việc bộ phận phụ trách HĐBH muốn hủy này (ở BM hay MIC) để có trả lời về cách thức hủy BH riêng có này nhé.

# Hóa đơn để thanh toán bồi thường

Q: Mục chi phí y tế do tai nạn: chi trả cho chi phí xe cấp cứu/ xe cứu thương (loại trừ SOS, IPA và đường hàng không) nhưng vận chuyển bằng xe taxi chỉ giới hạn 500.000 VND/vụ và phải có hóa đơn tài chính theo quy định đúng không?

A: Bắt buộc phải có hóa đơn tài chính theo Quy định. Chi phí cấp cứu phải thỏa mãn điều kiện cấp cứu theo định nghĩa tại Quy tắc của HĐBH

\*Vận chuyển khẩn cấp

Chi phí cho việc vận chuyển khẩn cấp và sơ cấp cứu để đưa Người được bảo hiểm trong tình trạng nguy kịch đến điều trị tại phòng cấp cứu của bệnh viện hoặc phòng khám gần nhất với điều kiện chăm sóc y tế thích hợp.

Q: Toa thuốc của tôi có tẩy, xóa và sửa chữa lỗi. CTBH có chấp nhận chứng từ đó không? Nếu không, thì tôi cần phải làm gì để xác nhận lại các chi phí này?

A: Không chấp nhận chứng từ có tẩy xóa và sửa chữa. Trường hợp lỗi do bác sĩ kê đơn, cần bác sĩ ký, đóng dấu của Bệnh viện trên phần sai sót

Q: Tôi đi viện nhưng không lấy được hóa đơn đỏ thì có được thanh toán không?

A: Bắt buộc phải có hóa đơn tài chính với chi phí >200.000 VND.

Chấp nhận 2 hóa đơn bán lẻ/biên lai tiền khám trên 1 hồ sơ, trong đó 1 hóa đơn/biên lai tiền khám và 1 hóa đơn/biên lai tiền thuốc. Tối đa mỗi hóa đơn bán lẻ <= 200.000 VND

Q: Trên hóa đơn đỏ phải ghi thông tin của công ty không hay ghi thông tin cá nhân?

A: Yêu cầu bắt buộc tên người mua hàng trên hóa đơn là Người thực hiện khám chữa bệnh, các thông tin khác như địa chỉ/đơn vị, có thể ghi thông tin cá nhân hoặc công ty

Q: Bản sao Hóa đơn bệnh viện có được chấp nhận là tài liệu chứng minh khiếu nại hợp lệ không?

A: Đối với hóa đơn, BH chỉ chấp nhận hóa đơn bản gốc

Q: Tôi chưa hiểu rõ về hóa đơn điện tử, khi đi khám bệnh tôi được trả về hóa đơn điện tử, hóa đơn đó hợp lệ để yêu cầu bồi thường chứ?

A: Hiện nay, hóa đơn điện tử đã được sử dụng hầu hết ở các bệnh viện/phòng khám/nhà thuốc.

Hóa đơn điện tử có 2 dạng: hóa đơn điện tử bản chuyển đổi và hóa đơn điện tử bản thể hiện. Người được BH có thể sử dụng Hóa đơn bản chuyển đổi hoặc Hóa đơn bản thể hiện này đều được trong Hồ sơ yêu cầu bồi thường, cụ thể như sau:

* Hóa đơn điện tử bản chuyển đổi là bản hóa đơn có chữ kí tươi của người chuyển đổi. Đây là bản gốc duy nhất của 1 liên hóa đơn. Nên khi nộp hóa đơn chuyển đổi, NĐBH có thể nộp kèm chứng từ y tế bản copy có đóng dấu treo của CQ/ĐV hoặc xác nhận sao y bản chính của Bảo Minh. BM không trả lại bản Hóa đơn điện tử bản chuyển đổi.
* Hóa đơn điện tử bản thể hiện: là hóa đơn được in từ link in hóa đơn gửi qua email, trên hóa đơn không có chữ kí tươi, như vậy có thể in nhiều lần. Nên khi nộp hóa đơn điện tử bản thể hiện, thì chứng từ y tế đi kèm phải là bản gốc. BM không trả lại bản gốc chứng từ y tế này.

# Người thân

Q: Điều kiện tham gia chương trình bảo hiểm người thân là Người thân không bị tâm thần. Tuy nhiên, hiện nay có rất nhiều dạng tâm thần, ví dụ như stress, rối loạn lo âu cũng là tâm thần, thì những người đang có tình trạng này cũng không được tham gia vào chương trình bảo hiểm này đúng không?

A: Các tình trạng tâm thần cần điều trị dài ngày được liệt kê trong mục V – danh mục bệnh kèm theo thông tư số 34/2013/TT-BYT ngày 28/10/2013 của Bộ trưởng bộ Y tế thì sẽ không đủ điều kiện tham gia vào chương trình BHSK cho NLĐ và người thân. Còn các tình trạng khác không được liệt kê trong thông tư 34 nêu trên thì vẫn đủ điều kiện tham gia BH.

Q: Nếu Người thân chuyển sang mua ở đơn này có được nối tiếp không? Người thân có bao gồm anh chị em của tôi không? Có mức nào của Người thân cao hơn mức này không?

A: Hợp đồng BH cho người thân không được nối tiếp do đơn BH cũ đã hết hiệu lực. Người thân bao gồm Bố/mẹ (bố/ mẹ đẻ, bố mẹ chồng/ vợ, bố mẹ kế theo luật); vợ/chồng; con (con đẻ, con nuôi theo quy định của luật, con riêng thuộc trách nhiệm chăm sóc). Chỉ có 1 mức BH áp dụng với người thân.

Q: BH cũ của người thân hết hạn trước khi hiệu lực bảo hiểm người thân bắt đầu thì tôi phải làm như thế nào?

A: Anh/Chị đăng kí tham gia cho người thân từ đầu.

Q: Tôi có thể đóng thêm phí để mua chương trình cho mình/cho người thân mức cao hơn không?

A: Chương trình người thân cấp đã được xác định duy nhất tại hồ sơ dự thầu BHSK giai đoạn 2021-2023. Vì vậy không thể mua các mức khác với chương trình này.

Q: Nếu tôi nghỉ việc thì Hợp đồng Người thân có bị hủy theo không

A: Hợp đồng người thân duy trì đến hết năm bảo hiểm.

Q: Người thân muốn đóng phí 2 năm liền để không bị áp thời gian chờ có được không?

A: Không áp dụng.

Mức phí năm BH thứ hai (1/7/2022 – 30/6/2023) sẽ được xác định dựa trên tỷ lệ tổn thất của toàn bộ người thân trong năm BH thứ nhất. Nếu Người thân vẫn tiếp tục mua BH năm thứ hai thì sẽ không áp dụng thời gian chờ cho năm BH thứ hai hoặc thứ ba.

Q: Đối với chương trình của Người thân, NĐBH có phải kiểm tra y tế trước khi tham gia bảo hiểm không?

A: Không

Q: Người thân của tôi đã mua bảo hiểm tại Bảo Minh hoặc MIC, vậy khi tham gia vào chương trình này có được tính thời gian chờ liên tục không?

A: Đây là đơn bảo hiểm mới, không có điều khoản bảo hiểm liên tục, nên điều khoản về thời gian chờ vẫn được áp dụng.