CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE MIC CARE

STT	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	ĐỒNG	BẠC	VÀNG	BẠCH KIM	KIM CƯƠNG
	Phạm vi lãnh thổ	**Việt Nam**	**Việt Nam**	**Việt Nam**	**Việt Nam**	**Việt Nam**
A	**ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM CHÍNH**					
I	**Tử vong/thương tật vĩnh viễn do tai nạn**	**VND 100,000,000**	**VND 200,000,000**	**VND 300,000,000**	**VND 500,000,000**	**VND 1,000,000,000**
1	Tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn	VND 100,000,000	VND 200,000,000	VND 300,000,000	VND 500,000,000	VND 1,000,000,000
2	Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn: Chi trả theo Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật của MIC	VND 30,000,000	VND 60,000,000	VND 90,000,000	VND 150,000,000	VND 300,000,000
II	**Chi phí y tế do tai nạn**	**VND 10,000,000**	**VND 20,000,000**	**VND 30,000,000**	**VND 50,000,000**	**VND 100,000,000**
III	**Điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật, biến chứng thai sản (STBH/năm)** *(Trong trường hợp biến chứng thai sản, sử dụng quyền lợi thai sản trước, sau đó đến quyền lợi điều trị nội trú)*	**VND 35,000,000**	**VND 50,000,000**	**VND 100,000,000**	**VND 150,000,000**	**VND 200,000,000**
1	**Nằm viện do ốm đau, bệnh tật, biến chứng thai sản (STBH/ngày; tối đa 60 ngày/năm)** (Bao gồm cả điều trị trong ngày và điều trị cấp cứu có phát sinh chi phí giường được áp dụng như điều trị trong ngày)	Chi trả theo chi phí y tế thực tế, tối đa VND 1,750,000/ngày	Chi trả theo chi phí y tế thực tế, tối đa VND 2,500,000/ngày	Chi trả theo chi phí y tế thực tế, tối đa VND 5,000,000/ngày	Chi trả theo chi phí y tế thực tế, tối đa VND7,500,000/ngày	Chi trả theo chi phí y tế thực tế, tối đa VND 10,000,000/ngày
2	**Phẫu thuật (STBH/ năm)** Bao gồm phẫu thuật nội trú, phẫu thuật trong ngày do ốm đau, bệnh tật, biến chứng thai sản	VND 35,000,000	VND 50,000,000	VND 100,000,000	VND 150,000,000	VND 200,000,000
3	Phẫu thuật liên quan đến cấy ghép nội tạng do ốm đau, bệnh tật không bao gồm chi phí mua các bộ phận nội tạng và chi phí hiến các bộ phận nội tạng (STBH/năm)	VND 35,000,000	VND 50,000,000	VND 100,000,000	VND 150,000,000	VND 200,000,000
4	Chi phí điều trị trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện (STBH/năm)	VND 1,750,000	VND 2,500,000	VND 5,000,000	VND 7,500,000	VND 10,000,000
5	Chi phí điều trị trong vòng 30 ngày kể từ ngày xuất viện (STBH/năm)	VND 1,750,000	VND 2,500,000	VND 5,000,000	VND 7,500,000	VND 10,000,000
6	Chi phí y tá chăm sóc tại nhà sau khi xuất viện, tối đa 15 ngày/năm (STBH/năm) với điều kiện Người được bảo hiểm đã phải điều trị nội trú tối thiểu bảy (07) ngày	VND 1,750,000	VND 2,500,000	VND 5,000,000	VND 7,500,000	VND 10,000,000
7	Trợ cấp nằm viện tại bệnh viện công lập, tối đa 60 ngày (STBH/ngày) Áp dụng trường hợp điều trị tại bệnh viện công lập, không bao gồm khoa điều trị tự nguyện, khoa dịch vụ, khoa quốc tế	VND 35,000	VND 50,000	VND 100,000	VND 150,000	VND 200,000
8	Dịch vụ xe cứu thương trong lãnh thổ Việt Nam, loại	VND 35,000,000	VND 50,000,000	VND 100,000,000	VND 150,000,000	VND 200,000,000

	trừ bằng đường hàng không (STBH/năm, VND 500,000/năm đối với taxi)					
9	Phục hồi chức năng (STBH/năm)	VND 3,500,000	VND 5,000,000	VND 10,000,000	VND 15,000,000	VND 20,000,000
10	Trợ cấp sau tử vong (STBH/năm)	VND 2,000,000	VND 2,000,000	VND 2,000,000	VND 2,000,000	VND 2,000,000
B	**ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ SUNG**					
I	**ĐKBS 01 - Ngoại trú do ốm đau, bệnh tật (STBH/ năm)**	**VND 5,000,000**	**VND 7,000,000**	**VND 10,000,000**	**VND 15,000,000**	**VND 20,000,000**
1	Chi phí khám bệnh, tiền thuốc theo kê đơn của bác sỹ, chi phí cho các xét nghiệm, chụp XQ, siêu âm, chẩn đoán hình ảnh trong việc điều trị bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm (STBH/lần khám, tối đa 10 lần khám/năm)	VND 1,000,000/lần khám, 10 lần khám/năm	VND 1,400,000/lần khám, 10 lần khám/năm	VND 2,000,000/lần khám, 10 lần khám/năm	VND 3,000,000/lần khám, 10 lần khám/năm	VND 4,000,000/lần khám, 10 lần khám/năm
2	Vật lý trị liệu (STBH/ngày, tối đa 30 ngày/ năm)	50,000 đồng/ngày, 30 ngày/năm	70,000 đồng/ngày, 30 ngày/năm	100,000 đồng/ngày, 30 ngày/năm	150,000 đồng/ngày, 30 ngày/năm	200,000 đồng/ngày, 30 ngày/năm
II	**ĐKBS 02 - Quyền lợi nha khoa/năm**	**VND 1,000,000**	**VND 2,000,000**	**VND 3,000,000**	**VND 5,000,000**	**VND 10,000,000**
	MIC chi trả chi phí điều trị nha khoa theo giới hạn STBH/lần khám	500,000/lần khám	1,000,000/lần khám	1,500,000/lần khám	2,500,000/lần khám	5,000,000/lần khám
III	**ĐKBS 03 - Quyền lợi thai sản (STBH/năm)**	**Không**	**Không**	**VND 10,000,000**	**VND 20,000,000**	**VND 30,000,000**
a	Sinh thường	**Không**	**Không**	Theo chi phí thực tế, tối đa không quá số tiền bảo hiểm quyền lợi thai sản		
b	Sinh mổ theo chỉ định của bác sỹ					
c	Biến chứng thai sản					
IV	**ĐKBS 04 - Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn không do nguyên nhân tai nạn**	**VND 50,000,000**	**VND 100,000,000**	**VND 150,000,000**	**VND 250,000,000**	**VND 500,000,000**

TÓM TẮT QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE TOÀN DIỆN

I. Một số định nghĩa:

1. Bệnh viện: là một cơ sở y tế được cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp phép hoạt động, đáp ứng điều kiện về trang thiết bị, nhân sự và phạm vi dịch vụ. Bệnh viện thỏa mãn các điều kiện sau:

- Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và thực hiện phẫu thuật; và
- Đáp ứng điều kiện tiếp nhận và điều trị nội trú, điều trị ngoại trú, bao gồm hệ thống theo dõi sức khỏe hàng ngày cho các bệnh nhân.

Theo định nghĩa này, bệnh viện không bao gồm các loại hình cơ sở y tế khác như: bệnh xá, trạm y tế, trạm xá, nhà hộ sinh, nhà điều dưỡng, phòng khám, trung tâm y tế hoặc các cơ sở y tế không đủ tiêu chuẩn trở thành bệnh viện.

Bệnh viện cũng không bao gồm các cơ sở chuyên về an dưỡng, phục hồi sức khỏe, các cơ sở điều trị cho người già, dưỡng lão hoặc các cơ sở phục vụ cai nghiện rượu, ma túy, thuốc phiện, điều trị bệnh phong, điều trị rối loạn tâm thần hoặc các cơ sở phục vụ xông hơi, suối khoáng, massage.

2. Bệnh viện công lập: là bệnh viện do cơ quan nhà nước có thẩm quyền thành lập và quản lý theo quy định của pháp luật, có tư cách pháp nhân, con dấu, tài khoản và tổ chức bộ máy kế toán theo quy định của pháp luật về kế toán để thực hiện nhiệm vụ cung cấp dịch vụ công hoặc phục vụ quản lý nhà nước trong các lĩnh vực chuyên môn khám chữa bệnh.

3. Bệnh có sẵn: là tình trạng ốm đau, bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm, trong đó:

- Người được bảo hiểm đã được bác sỹ chẩn đoán hoặc điều trị trước ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm; hoặc
- Đã xuất hiện dấu hiệu, triệu chứng khởi phát trong vòng ba mươi sáu (36) tháng trước ngày hiệu lực hoặc ngày khôi phục hiệu lực (gần nhất) của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Việc xác định bệnh có sẵn sẽ căn cứ vào hồ sơ y tế được lưu trữ tại bệnh viện hoặc cơ sở y tế được thành lập hợp pháp, các tài liệu y khoa được Bộ y tế và các cơ quan có thẩm quyền ban hành hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm tự kê khai trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc phiếu bổ sung thông tin.

4. Bệnh đặc biệt: bao gồm các bệnh như liệt kê dưới đây:

- Bệnh hệ thần kinh: các bệnh viêm hệ thần kinh trung ương não; các bệnh rối loạn vận động ngoại tháp bao gồm bệnh Parkinson, rối loạn trương lực cơ, rối loạn vận động ngoại tháp khác; bệnh thoái hóa khác của hệ thần kinh bao gồm bệnh Alzheimer; hội chứng ống cổ tay; bệnh động kinh; bại não do nguyên nhân mắc phải không phải là bệnh di truyền hay bệnh bẩm sinh;
- Bệnh hệ hô hấp: hội chứng suy hô hấp mãn tính, phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD), tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi;
- Bệnh hệ tuần hoàn: các bệnh tim mạch do xơ vữa mạch bao gồm bệnh động mạch vành, suy vành, thiếu năng vành, bệnh cơ tim, hẹp mạch vành, nhồi máu cơ tim, các bệnh có liên quan mạch máu não; tăng/cao huyết áp; tăng áp động mạch phổi; đột quỵ và các hậu quả/di chứng của bệnh này;
- Bệnh hệ tiêu hóa: viên gan do virus A, B, C; xơ gan; suy gan; sỏi mật bao gồm sỏi túi mật; sỏi đường mật trong gan; bệnh loét dạ dày; bệnh viêm dạ dày; viêm tá tràng; loét tá tràng; thoát vị bẹn;
- Bệnh hệ tiết niệu: bệnh của cầu thận, ống thận, sỏi thận và niệu quản, sỏi đường tiết niệu dưới/sỏi bàng quang, suy thận, hội chứng thận hư;
- Bệnh hệ nội tiết: rối loạn tuyến giáp, đái tháo đường, nội tiết tuyến tụy, tuyến thượng thận, rối loạn các tuyến nội tiết khác;
- Bệnh khối U: khối U/bướu lành tính các loại, ung thư, polyp các loại;
- Bệnh của máu: rối loạn đông máu, rối loạn chức năng của bạch cầu đa trung tính, bệnh liên quan mô lưới bạch huyết và hệ thống lưới mô bào, ghép tủy;
- Bệnh của da và mô liên kết: bệnh Lupus ban đỏ, xơ cứng bì toàn thân, xơ cứng rải rác, xơ cứng biểu bì tiến triển/cột bên teo cơ, loạn dưỡng cơ và biến chứng của bệnh này, Pemphigus, vảy nến, mề đay;
- Bệnh hệ mạch: gồm viêm/viêm tắc/giãn/suy van các tĩnh mạch, bệnh trĩ gồm các bệnh trĩ nội, trĩ ngoại; bệnh của hạch bạch huyết;
- Bệnh hệ cơ, xương, khớp: viêm khớp/đa khớp mãn tính/viêm đa khớp dạng thấp, bệnh thoái hóa cột sống (bao gồm thoát vị đĩa đệm, phồng/phình đĩa đệm, gai cột sống/đốt sống, thoái hóa thân đốt sống, sụn khớp), bệnh thoái hóa khớp/các khớp khác, bệnh loãng xương, rối loạn mật độ và cấu trúc xương, bệnh gout (gút);
- Bệnh hệ tai – mũi – họng: vẹo vách ngăn do nguyên nhân mắc phải không phải do dị tật bẩm sinh, viêm tai giữa cần phải phẫu thuật, sùi vòm họng, cắt bỏ xương xoăn, viêm Amidan cần phải cắt/phẫu thuật, viêm VA cần phải phẫu thuật (nạo), viêm VA quá phát/phì đại có chỉ định phẫu thuật (nạo), viêm Amidan quá phát/phì đại có chỉ định phẫu thuật, bệnh mạn tính của VA, Amidal, sùi dạng tuyến;
- Bệnh hệ sinh sản: viêm lộ tuyến cổ tử cung, viêm tử cung/vòi trứng, thay đổi sợi bọc tuyến vú/xơ nang tuyến vú gồm dạng nang, dạng u sợi, dạng u tăng sản biểu mô, tràn dịch màng tinh hoàn, giãn tĩnh mạch thừng tinh;
- Bệnh khác: nang, mụn cơm, nốt ruồi các loại, rối loạn tiền đình, các bệnh mãn tính/mạn tính, các bệnh rối loạn chuyển hóa.

5. Bệnh mãn tính/mạn tính: là tình trạng bệnh xảy ra từ từ, kéo dài, tiến triển chậm, thời gian điều trị lâu nhưng khó hoặc không có khả năng khỏi bệnh và được xác định theo kết luận cuối cùng của bác sỹ tại hồ sơ bệnh án/chứng từ y tế hoặc theo ý kiến của cơ quan chuyên môn liên quan.

II. Quyền lợi của người được bảo hiểm

- MIC bảo hiểm trong trường hợp ốm đau, bệnh tật, tai nạn, biến chứng thai sản, sinh con xảy ra trong thời hạn bảo hiểm phải nằm viện điều trị nội trú, phẫu thuật nội trú hoặc điều trị ngoại trú tại các cơ sở y tế như định nghĩa.
- Trường hợp Người được bảo hiểm là trẻ em từ 15 (mười lăm) ngày tuổi đến 3 (ba) tuổi, áp dụng đồng chi trả 70:30 (MIC chi trả 70%) đối với các chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm tại các cơ sở y tế tư nhân, cơ sở y tế quốc tế và tại các khoa điều trị tự nguyện, khoa dịch vụ, khoa quốc tế tại các bệnh viện công lập.
- Các quyền lợi được liệt kê sau đây có thể được bán độc lập hoặc kết hợp theo biểu phí quy định:

1. Quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật hoặc biến chứng thai sản
2. Quyền lợi tai nạn
3. Quyền lợi chi phí y tế do tai nạn
4. Quyền lợi điều trị ngoại trú
5. Quyền lợi thai sản
6. Quyền lợi nha khoa
7. Quyền lợi tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn không do nguyên nhân tai nạn

Chi tiết theo quy định tại Quy tắc bảo hiểm Sức khỏe toàn diện của MIC.

III. Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

MIC không chịu trách nhiệm chi trả tiền bảo hiểm đối với các khiếu nại phát sinh trực tiếp hoặc gián tiếp phát sinh từ, đối với hoặc do các rủi ro, các bệnh, các hạng mục sau::

1. Người được bảo hiểm sử dụng rượu, bia, ma túy và các chất kích thích tương tự khác. Các chất kích thích được hiểu theo Quy tắc này là các chất mà Người được bảo hiểm sử dụng để gây nghiện, gây tê liệt thần kinh không kiểm soát được hành động của bản thân mà pháp luật nghiêm cấm. Sử dụng rượu bia nghĩa là trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn vượt quá mức trị số bình thường theo hướng dẫn của Bộ Y tế;
2. Các hành động đánh nhau của Người được bảo hiểm, trừ khi chứng minh được hành động đánh nhau đó chỉ với mục đích phòng vệ chính đáng;
3. Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các hoạt động thể thao chuyên nghiệp, các hoạt động thể thao nguy hiểm, bất kỳ hoạt động đua xe (hợp pháp và trái phép). Điểm loại trừ này không áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm tham gia các hoạt động thể thao điện tử bao gồm cả hoạt động đua điện tử (trừ trường hợp khác được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm);
4. Bệnh lao, bệnh sốt rét, bệnh nghề nghiệp, bệnh phong;
5. Các bệnh suy tủy, bạch cầu, điều trị lọc máu, chạy thận nhân tạo và hậu quả hay biến chứng của các bệnh này;
6. Điều trị các bệnh lây lan qua đường tình dục như bệnh giang mai, bệnh lậu, rối loạn/suy giảm chức năng sinh dục hay điều trị sinh lý, ốm đau liên quan đến các bệnh thuộc hội chứng suy giảm miễn dịch (HIV) bao gồm các hội chứng liên quan đến AIDS và/hoặc bất cứ biến chứng hoặc biến đổi nào, hoặc bệnh lây truyền qua đường tình dục hay bất cứ hội chứng liên quan đến AIDS hoặc các bệnh liên quan đến AIDS khác;
7. Các bệnh bẩm sinh/dị tật bẩm sinh, bệnh di truyền, bệnh dị dạng về gen và mọi biến chứng, hậu quả liên quan đến những bệnh này;
8. Kiểm tra thị lực, thính lực, thị giác, thính giác thông thường; điều trị đục thủy tinh thể; điều trị lão hóa, thoái hóa, suy giảm thính/thị lực do suy biến tự nhiên (không phải vì lý do bệnh lý), bao gồm như các tật khúc xạ và bất kỳ phẫu thuật để phục hồi hiệu chỉnh nào đối với các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác và/hoặc các danh mục khác được liệt kê trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm;
9. Mất tích (trừ trường hợp mất tích do tai nạn), chết không rõ nguyên nhân.
10. Và các loại trừ khác quy định tại Quy tắc bảo hiểm sức khỏe toàn diện của MIC.

IV. Thời hạn thông báo tai nạn và yêu cầu trả tiền bảo hiểm

1. Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải gửi thông báo bằng văn bản cho MIC trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm bao gồm nhưng không giới hạn các thông tin như sự kiện bảo hiểm, hậu quả, diễn biến rủi ro và nơi điều trị của Người được bảo hiểm.
2. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm: Một (01) năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan không tính vào thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm.
3. Thời hạn trả tiền bảo hiểm của MIC: Mười lăm (15) ngày kể từ khi nhận được hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm đầy đủ, hợp lý và hợp lệ.

Trường hợp từ chối trả tiền bảo hiểm, MIC phải thông báo bằng văn bản cho người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng hoặc người được ủy quyền hợp pháp biết lý do từ chối trong thời hạn ba mươi (30) ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm.

Nội dung trên đây là tóm tắt Quy tắc bảo hiểm, chi tiết điều kiện, điều khoản vui lòng xem trong Quy tắc Bảo hiểm Sức khỏe toàn diện ban hành kèm theo Quyết định 1767/2025/QĐ-MIC