ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BỔ TRỢ
HỖ TRỢ CHI PHÍ NẰM VIỆN

(Được chấp thuận theo công văn số 12354/BTC-QLBH
Ngày 07 tháng 09 năm 2015 của Bộ Tài chính)

MỤC LỤC

CHƯƠNG I: NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

CHƯƠNG II: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

CHƯƠNG III: PHÍ BẢO HIỂM

CHƯƠNG IV: THAY ĐỔI LIÊN QUAN ĐẾN SẢN PHẨM BỔ TRỢ

CHƯƠNG V: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

PHỤ LỤC 1 - DANH SÁCH BỆNH VÀ SỐ NGÀY NẰM VIỆN ĐƯỢC CHI TRẢ

PHỤ LỤC 2 - DANH MỤC BỆNH ĐẶC BIỆT

CHƯƠNG I:
NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Các định nghĩa

1.1. Người được bảo hiểm: là cá nhân từ 06 tháng tuổi đến 70 tuổi vào ngày có hiệu lực của sản phẩm bổ trợ và không quá 80 tuổi khi sản phẩm bổ trợ kết thúc thời hạn bảo hiểm, hiện đang cư trú tại Việt Nam và được Aviva chấp nhận bảo hiểm theo Điều khoản của sản phẩm bổ trợ này.

Nếu Người được bảo hiểm không đồng thời là Bên mua bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm.

1.2. Bên mua bảo hiểm: là Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng chính.

1.3. Số tiền bảo hiểm: là số tiền được dùng làm cơ sở để xác định quyền lợi bảo hiểm thanh toán theo sản phẩm bổ trợ này. Số tiền bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm lựa chọn phù hợp với quy định của Aviva và được ghi tại Giấy yêu cầu bảo hiểm và/hoặc Phụ lục Hợp đồng.

1.4. Bệnh có sẵn: là tình trạng bệnh, thương tật, tổn thương mà Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ tư vấn, chẩn đoán, điều trị hoặc các dấu hiệu, triệu chứng liên quan trực tiếp đến bệnh đã xuất hiện hoặc tồn tại trước ngày được Aviva chấp nhận bảo hiểm hoặc chấp nhận khôi phục hiệu lực sản phẩm bổ trợ lần sau cùng, tùy thuộc ngày nào xảy ra sau.

1.5. Bệnh đặc biệt: là bệnh, phẫu thuật được quy định tại Phụ lục 2 – Danh mục bệnh đặc biệt của Điều khoản này.

1.6. Bác sĩ: là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan nhà nước hoặc tổ chức có thẩm quyền cấp hoặc thừa nhận, và được phép hành nghề trong phạm vi được cấp phép.

1.7. Nằm viện: là việc Người được bảo hiểm nhập viện vào bất cứ một Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn nào như một bệnh nhân điều trị nội trú qua đêm. Số ngày Nằm viện được tính bằng ngày xuất viện trừ đi ngày nhập viện.

1.8. Cùng một lần Nằm viện: gồm các lần Nằm viện trong vòng 90 ngày kể từ ngày nhập viện của lần Nằm viện đầu tiên khi điều trị cùng một bệnh hay chấn thương hoặc các biến chứng của bệnh hoặc chấn thương.

1.9. Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn: là một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động hợp pháp theo luật của nước sở tại nơi cơ sở này khám chữa bệnh. Cơ sở đó phải được cấp phép như một bệnh viện, có chữ "bệnh viện" trên con dấu hoặc được cấp phép như một viện/trung tâm y tế chuyên khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, cấp trung ương.

Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn không bao gồm những cơ sở dưới đây cho dù các cơ sở này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn:

- Bệnh viện, viện, trung tâm, đơn nguyên, khoa chuyên khoa tâm thần;

- Bệnh viện, viện, trung tâm, đơn nguyên, khoa chuyên khoa y học dân tộc, vật lý trị liệu và/hoặc phục hồi chức năng;

- Bệnh viện, viện, trung tâm, đơn nguyên, khoa chuyên khoa phong;

- Nhà hộ sinh, nhà điều dưỡng, nhà an dưỡng, cơ sở chủ yếu dành cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, chất ma tuý, chất kích thích.

1.10. Cần thiết về mặt Y khoa: là điều trị y tế hợp lý, phù hợp với các chẩn đoán và thông lệ chẩn trị y tế, phù hợp với tiêu chuẩn về hành nghề y dược, có tính chất bắt buộc mà không nhằm mục đích thử nghiệm, chẩn đoán, nghiên cứu, phòng ngừa hoặc tầm soát.

1.11. Tai nạn: là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện không bị gián đoạn gây ra do sự tác động bất ngờ của bất kỳ vật chất hoặc lực từ bên ngoài, không chủ định và ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm lên cơ thể Người được bảo hiểm và gây ra thương tật, loại trừ bất cứ quá trình nào xảy ra do bệnh tật, tuổi tác hay sự thoái hoá. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân trực tiếp và duy nhất gây ra thương tật cho Người được bảo hiểm.

1.12. Các thuật ngữ, từ ngữ khác sử dụng trong Điều khoản này được hiểu theo đúng định nghĩa, giải thích trong Điều khoản của Hợp đồng chính.

Điều 2. Điều khoản áp dụng

2.1. Các quy định về nghĩa vụ cung cấp thông tin, miễn truy xét, thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm chưa được quy

định tại Điều khoản sản phẩm bổ trợ này và giải quyết tranh chấp liên quan đến sản phẩm bổ trợ này được áp dụng theo Điều khoản của Hợp đồng chính.

Trường hợp pháp luật có quy định hoặc thay đổi quy định về nghĩa vụ cung cấp thông tin của các bên liên quan của Hợp đồng bảo hiểm thì những quy định đó được mặc định áp dụng cho sản phẩm bổ trợ này.

2.2. Trường hợp có sự mâu thuẫn giữa Điều khoản này và Điều khoản Hợp đồng chính thì những quy định trong Điều khoản này sẽ được áp dụng.

Điều 3. Thời hạn bảo hiểm và tính chất của sản phẩm bổ trợ

3.1. Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ này từ 01 năm đến 22 năm tùy theo sự lựa chọn của Bên mua bảo hiểm, tuổi của Người được bảo hiểm vào ngày có hiệu lực của sản phẩm bổ trợ và chấp thuận của Aviva. Thời hạn bảo hiểm được tính từ ngày có hiệu lực của sản phẩm bổ trợ nhưng không vượt quá thời hạn đóng phí bảo hiểm còn lại của Hợp đồng chính.

3.2. Sản phẩm bổ trợ này là sản phẩm bảo hiểm nhân thọ không tham gia chia lãi, không có giá trị hoàn lại và không có quyền lợi đáo hạn.

Điều 4. Thủ tục yêu cầu bảo hiểm và tính chất của sản phẩm bổ trợ

4.1. Thủ tục yêu cầu bảo hiểm
Khi yêu cầu bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hoàn tất, nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm và đóng Phí bảo hiểm tạm tính của sản phẩm bổ trợ.

Đối với trường hợp yêu cầu bảo hiểm sau khi Hợp đồng chính đã có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm cần ghi rõ số hợp đồng của Hợp đồng chính tương ứng.

Nếu Người được bảo hiểm không đồng thời là Bên mua bảo hiểm, Giấy yêu cầu bảo hiểm phải nêu rõ mối quan hệ giữa Người được bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm, có chữ ký của cả Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi). Trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức và Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật) không ký vào Giấy yêu cầu bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm phải có văn bản chứng minh Người được bảo hiểm biết và đồng ý về việc mình được bảo hiểm.

4.2. Trường hợp được yêu cầu bảo hiểm cùng lúc với Hợp đồng chính và được chấp nhận bảo hiểm, sản phẩm bổ trợ sẽ có hiệu lực vào ngày có hiệu lực của Hợp đồng chính.

Trong trường hợp này, thời gian cân nhắc của sản phẩm bổ trợ được áp dụng trùng với thời gian cân nhắc của Hợp đồng chính.

4.3. Trường hợp được yêu cầu bảo hiểm sau khi Hợp đồng đã có hiệu lực, sản phẩm bổ trợ có hiệu lực vào ngày Aviva chấp nhận bảo hiểm theo Điều khoản này.

Thời gian cân nhắc không được áp dụng cho sản phẩm bổ trợ trong trường hợp này.

Điều 5. Chấm dứt hiệu lực

5.1. Sản phẩm bổ trợ chấm dứt hiệu lực và Aviva sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phí bảo hiểm đã đóng sau khi khấu trừ Chi phí kiểm tra sức khỏe (nếu có) khi xảy ra một trong các sự kiện sau:

5.1.1. Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy yêu cầu bảo hiểm đối với Hợp đồng hoặc sản phẩm bổ trợ trước khi Hợp đồng được phát hành (đối với trường hợp sản phẩm bổ trợ được yêu cầu bảo hiểm cùng lúc với Hợp đồng chính) hoặc trước khi sản phẩm bổ trợ được chấp nhận bảo hiểm (đối với trường hợp sản phẩm bổ trợ được yêu cầu bảo hiểm khi Hợp đồng chính đang có hiệu lực); hoặc

5.1.2. Bên mua bảo hiểm yêu cầu không tiếp tục tham gia Hợp đồng hoặc sản phẩm bổ trợ trong thời gian cân nhắc (đối với trường hợp sản phẩm bổ trợ được yêu cầu bảo hiểm cùng lúc với Hợp đồng chính); hoặc

5.1.3 Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin (đối với trường hợp chưa phát sinh chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 6).

5.2. Sản phẩm bổ trợ chấm dứt hiệu lực và Aviva sẽ không hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phí bảo hiểm đã đóng khi xảy ra một trong các sự kiện sau:

5.2.1. Hợp đồng chính chấm dứt hiệu lực sau thời gian cân nhắc; hoặc

5.2.2. Bên mua bảo hiểm dừng đóng phí và Hợp đồng chính chuyển sang Số tiền bảo hiểm giảm hoặc Hợp đồng chính được miễn phí bảo hiểm/tạm ngừng đóng phí bảo hiểm mà không có quy định áp dụng miễn phí/tạm ngừng đóng phí liên quan đến sản phẩm bổ trợ này; hoặc

5.2.3. Tổng số ngày được chi trả tối đa trong suốt thời hạn bảo hiểm quy định tại Điều 6 đã được thanh toán hết; hoặc

5.2.4. Sản phẩm bổ trợ chấm dứt theo quy định tại

Khoản 8.3 Điều 8; hoặc

5.2.5. Bên mua bảo hiểm gửi văn bản cho Aviva yêu cầu chấm dứt sản phẩm bổ trợ sau thời gian cân nhắc (đối với trường hợp sản phẩm bổ trợ được yêu cầu bảo hiểm cùng lúc với hợp đồng chính); hoặc

5.2.6. Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin khi yêu cầu bảo hiểm (đối với trường hợp đã phát sinh chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 6) ; hoặc

5.2.7. Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm cố ý kê khai không chính xác, không đầy đủ hoặc làm sai lệch hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm; hoặc

5.2.8. Aviva không chấp thuận tiếp tục bảo hiểm khi Người được bảo hiểm chuyển sang định cư/cư trú ở nước ngoài theo quy định của Aviva; hoặc

5.2.9. Người được bảo hiểm đạt đến 80 tuổi.

CHƯƠNG II:
QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 6. Quyền lợi Hỗ trợ chi phí nằm viện

Aviva trả 0,2% Số tiền bảo hiểm/ngày Nằm viện cho Bên mua bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện khi sản phẩm bổ trợ đang có hiệu lực.

Công ty chấp thuận thanh toán theo số ngày Nằm viện thực tế và không quá Số ngày Nằm viện tối đa cho Cùng lần Nằm viện theo nhóm bệnh được quy định tại Phụ lục 1 – Danh sách bệnh và số ngày Nằm viện được chi trả.

Tổng số ngày Nằm viện được chi trả không vượt quá 75 ngày trong mỗi Năm hợp đồng và không vượt quá 900 ngày trong suốt thời hạn bảo hiểm.

Điều 7. Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

7.1. Aviva sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 6 và sản phẩm bổ trợ tiếp tục có hiệu lực nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện trong các trường hợp hoặc do hậu quả, toàn bộ hoặc một phần, trực tiếp hoặc gián tiếp của:

7.1.1. Hành vi cố ý, hành vi phạm tội của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm.

7.1.2. Người được bảo hiểm tự gây thương tích, tai nạn bất kể vì lý do tâm thần hay không;

7.1.3. Nhiễm HIV (hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải) hoặc các bệnh có liên quan đến HIV/AIDS;

7.1.4. Chiến tranh (có tuyên bố hay không tuyên bố), khủng bố, nội chiến, nổi loạn, bạo động, bạo loạn dân sự, khởi nghĩa, hành động theo mệnh lệnh chiến đấu hay thiết lập trật tự công cộng và các hành động thù địch hoặc mang tính chiến tranh, bãi công, đình công;

7.1.5. Người được bảo hiểm sử dụng trái phép vũ khí quân dụng; sử dụng rượu, bia, ma tuý hoặc các chất kích thích khác vượt mức quy định của pháp luật;

7.1.6. Người được bảo hiểm tham gia: các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách mua vé của một hãng hàng không được cấp phép và có lịch trình bay thương mại); các cuộc diễn tập, huấn luyện quân sự của các lực lượng vũ trang; các hoạt động nguy hiểm: đua ô tô/mô tô/xe đạp, đua ngựa hay bất kỳ hình thức đua nào khác, săn bắn, đấm bốc (boxing), leo núi; các hoạt động thể thao chuyên nghiệp, các môn thể thao trên không (nhảy bungy - bungee jumping, dù lượn, khí cầu, nhảy dù,...), lặn hoặc các hoạt động dưới nước có sử dụng mặt nạ thở;

7.1.7. Bệnh có sẵn;

7.1.8. Bất kỳ điều trị y tế nào không đáp ứng các điều kiện Cần thiết về mặt Y khoa;

7.1.9. Các bệnh đặc biệt phát sinh trong vòng 120 ngày kể từ ngày có hiệu lực của sản phẩm bổ trợ hoặc ngày sản phẩm bổ trợ được khôi phục hiệu lực, tùy thuộc ngày nào xảy ra sau;

7.1.10. Bất kỳ tổn thương thể chất hoặc tinh thần nào ngoại trừ các bệnh đặc biệt, trừ tổn thương do tai nạn,

phát sinh trong vòng 30 ngày kể từ ngày có hiệu lực của sản phẩm bổ trợ hoặc ngày sản phẩm bổ trợ được khôi phục hiệu lực, tùy thuộc ngày nào xảy ra sau;

7.1.11. Phẫu thuật thẩm mỹ, cắt bao quy đầu, khám mắt, khám đo kính và đo độ khúc xạ hoặc phẫu thuật cận thị; sử dụng, lắp các bộ phận giả hoặc thiết bị như chân tay giả, máy trợ thính, máy điều hòa nhịp tim và các thiết bị tương tự;

7.1.12. Tình trạng răng miệng bao gồm cả điều trị răng miệng hoặc phẫu thuật răng miệng trừ trường hợp cần phải điều trị do bị thương do tai nạn xảy ra trong thời gian sản phẩm bổ trợ có hiệu lực ảnh hưởng tới khả năng phát âm tự nhiên;

7.1.13. Sử dụng dịch vụ y tá riêng, chữa bệnh bằng nghỉ ngơi hoặc điều trị phòng ngừa, sử dụng thuốc bất hợp pháp, ngộ độc rượu, triệt sản, bệnh hoa liễu và di chứng của nó, và bất kỳ bệnh truyền nhiễm nào mà có quy định phải kiểm soát;

7.1.14. Điều trị hoặc phẫu thuật dị tật bẩm sinh và bệnh di truyền. Dị tật bẩm sinh là bất thường của thai nhi khi sinh ra về cấu trúc, chức năng hay chuyển hóa. Bệnh di truyền là bệnh mà yếu tố di truyền có đóng vai trò trong bệnh sinh. Yếu tố di truyền có thể là một rối loạn ở mức độ phân tử; hoặc ở mức độ nhiễm sắc thể; hoặc có thể do nhiều yếu tố cùng gây ra, trong đó có nguyên nhân môi trường;

7.1.15. Mang thai, sinh đẻ (bao gồm cả đẻ mổ), các biến chứng khi mang thai hoặc sinh đẻ, sẩy thai, nạo thai, phẫu thuật, điều trị trước sinh – loại trừ này không áp dụng trong trường hợp có nguyên nhân do tai nạn giao thông; điều trị sau sinh, thực hiện các thủ thuật nhằm mục đích kiểm soát sinh hoặc điều trị vô sinh; điều trị rối loạn cương dương và thực hiện các xét nghiệm hoặc điều trị liên quan đến bệnh liệt dương hoặc triệt sản;

7.1.16. Bức xạ ion hóa hay nhiễm phóng xạ từ bất kỳ nhiên liệu, vũ khí hay chất thải hạt nhân nào;

7.1.17. Hiến, cho mô hoặc bộ phận cơ thể;

7.1.18. Khám và điều trị rối loạn giấc ngủ và ngủ ngáy, liệu pháp thay thế hóc môn và liệu pháp thay thế khác, sử dụng các phương pháp chỉnh hình, châm cứu, bấm huyệt, thể dục, điều trị xương khớp theo phương pháp đông y hoặc bằng thuốc nam, điều trị bằng thảo dược, massage hay trị liệu bằng mùi hương hoặc các điều trị thay thế khác;

7.1.19. Tâm thần, rối loạn tâm thần hoặc thần kinh (bao gồm bất kỳ rối loạn thần kinh và các biểu hiện sinh lý hay tâm lý nào có liên quan);

7.1.20. Chuyển đổi giới tính;

7.1.21. Nằm viện không tại các Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn.

7.2. Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm cố ý kê khai không chính xác, không đầy đủ hoặc làm sai lệch hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Khoản 5.2.7 Điều 5.

CHƯƠNG III:
PHÍ BẢO HIỂM

Điều 8. Phí bảo hiểm

8.1. Định kỳ đóng phí bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ này trùng với định kỳ đóng phí bảo hiểm của Hợp đồng chính. Quy định này cũng được áp dụng trong trường hợp có sự thay đổi về định kỳ đóng phí của Hợp đồng chính.

Thời hạn đóng phí bảo hiểm bằng thời hạn bảo hiểm.

8.2. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không thể đóng phí theo đúng thời hạn đã thoả thuận, quy định về gia hạn đóng phí cho sản phẩm bổ trợ được áp dụng theo Điều khoản của Hợp đồng chính.

8.3. Cho đến hết thời gian gia hạn đóng phí, nếu Bên mua bảo hiểm không đóng phí bảo hiểm, sản phẩm bổ trợ sẽ tự động chấm dứt kể từ ngày bắt đầu thời gian gia hạn đóng phí trừ trường hợp phí bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ được miễn đóng theo quy định của một sản phẩm bảo hiểm khác có hiệu lực với sản phẩm bổ trợ này hoặc được tự động đóng theo quy định của Aviva.

8.4. Các quy định khác về phí bảo hiểm được áp dụng như quy định tại Điều khoản của Hợp đồng chính.

CHƯƠNG IV:
THAY ĐỔI LIÊN QUAN ĐẾN SẢN PHẨM BỔ TRỢ

Điều 9. Giảm số tiền Bảo hiểm

9.1. Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu giảm Số tiền bảo hiểm khi sản phẩm bổ trợ đang có hiệu lực theo quy định của Aviva.

9.2. Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Aviva yêu cầu giảm Số tiền bảo hiểm bằng văn bản.

9.3. Số tiền bảo hiểm, Phí bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm và các điều kiện khác có liên quan của sản phẩm bổ trợ sẽ được điều chỉnh tương ứng kể từ ngày Aviva chấp thuận bằng văn bản về việc giảm Số tiền bảo hiểm.

CHƯƠNG V:
THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 10. Thông báo rủi ro

Trong vòng 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm nằm viện, Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Aviva bằng văn bản theo mẫu của Aviva để được hướng dẫn thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không được tính vào thời hạn thông báo rủi ro.

Điều 11. Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Trong vòng 12 tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm nằm viện, Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, bằng chi phí của mình, phải lập hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại điều 12 và gửi tới Aviva. Quá thời hạn 12 tháng nêu trên, mọi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đều không có giá trị.

Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Điều 12. Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm bao gồm:

- Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm;

- Giấy tờ hợp pháp chứng minh quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm;

và bản gốc (để đối chiếu) hoặc bản sao hợp lệ các giấy tờ sau:

- Biên bản về tai nạn của cơ quan có thẩm quyền (trường hợp tai nạn);

- Giấy tờ y tế: Tóm tắt bệnh án, Giấy ra viện, Giấy chứng nhận phẫu thuật, Đơn thuốc, Sổ Y bạ, Bảng kê chi tiết viện phí, Hóa đơn viện phí,...

PHỤ LỤC 1:
DANH SÁCH BỆNH VÀ SỐ NGÀY NẰM VIỆN ĐƯỢC CHI TRẢ

STT	Nhóm bệnh	Số ngày nằm viện tối đa được chi trả (ngày)
1	Bệnh lao	20
2	Bệnh viêm gan siêu vi	15
3	Nhóm Bệnh cơ – xương – khớp	10
4	Nhóm Bệnh của mắt	7
5	Nhóm Bệnh của hệ miễn dịch	20
6	Nhóm Bệnh của hệ tim mạch	20
7	Nhóm Bệnh ung thư, u bướu	20
8	Nhóm Bệnh nhiễm trùng khác	10
9	Nhóm Bệnh do chấn thương; ngộ độc	15
10	Nhóm Bệnh của tai mũi họng	7
11	Nhóm Bệnh của hệ thần kinh	15
12	Nhóm Bệnh của hệ hô hấp	15
13	Nhóm Bệnh của hệ sinh dục - tiết niệu	10
14	Nhóm Bệnh của hệ nội tiết	10
15	Nhóm Bệnh nhiễm ký sinh trùng	10
16	Nhóm Bệnh, Bệnh nhiễm trùng của hệ tiêu hóa	15
17	Nhóm Bệnh của hệ tạo máu	20
18	Nhóm Bệnh của da	7
19	Sốt cao do nhiễm siêu vi trùng	7
20	Các bệnh khác	7

PHỤ LỤC 2:
DANH MỤC BỆNH ĐẶC BIỆT

1. Thoát vị (các loại)

Thoát vị là từ dùng để chỉ tình trạng một bộ phận nào đó của cơ thể bị đẩy ra khỏi vị trí bình thường được giới hạn của nó trong cơ thể. Tình trạng này làm ảnh hưởng đến cấu trúc hay chức năng của bộ phận đó hoặc các bộ phận khác. Trên lâm sàng, có thể gặp các loại thoát vị sau đây:

Thoát vị vùng bụng: là tình trạng các tạng bên trong ổ phúc mạc đi ra ngoài ổ phúc mạc trong một túi thừa phúc mạc gọi là "túi thoát vị", qua các điểm yếu tự nhiên của thành bụng. Các điểm yếu này có thể là bẩm sinh hay mắc phải. Các loại thoát vị vùng bụng hay gặp là:

- Thoát vị thành bụng: là tình trạng ruột hoặc mỡ chài lòi ra qua điểm yếu thành bụng và đội da bụng phồng lên thành một khối.

- Thoát vị rốn: là một dạng thoát vị thành bụng, vị trí khối phồng ở rốn.

- Thoát vị bẹn: là tình trạng các tạng bên trong ổ phúc mạc đi ra ngoài qua điểm yếu ở thành sau của ống bẹn.

- Thoát vị đùi: là tình trạng các tạng trong ổ bụng chui qua lỗ cơ lược ở bên dưới dây chằng bẹn, túi phồng ở ngay dưới nếp bẹn.

- Thoát vị nội: là tình trạng tạng thoát vị chui qua điểm yếu bên trong ổ phúc mạc và không nhìn thấy từ bên ngoài được, bao gồm thoát vị qua khe Winslow, thoát vị qua lỗ bịt, thoát vị qua lỗ cơ hoành, thoát vị qua khe thực quản.

Thoát vị đĩa đệm: là tình trạng nhân nhầy đĩa đệm cột sống thoát ra khỏi vị trí bình thường trong vòng sợi, chèn ép vào ống sống hay các rễ thần kinh sống. Về giải phẫu bệnh có sự đứt rách vòng sợi, về lâm sàng gây nên hội chứng thắt lưng hông điển hình.

Thoát vị màng não tủy: do dị tật bẩm sinh của cung đốt sống (nứt đốt sống) làm cho ống sống thông với phần mềm bên ngoài, qua đó màng cứng tủy dễ dàng phình ra, chứa dịch não tủy và tạo thành túi thoát vị. Căn cứ vào đặc điểm túi thoát vị người ta chia ra:

- Thoát vị màng não tủy: túi thoát vị chứa màng cứng, màng nhện, dịch não tủy.

- Thoát vị màng não tủy - tủy: túi thoát vị chứa màng cứng, dịch não tủy và một phần tủy (hoặc đuôi ngựa).

- Thoát vị tủy: túi thoát vị lấp đầy tủy.

- Thoát vị ống tủy - tủy: túi thoát vị chứa tủy và ống tủy trung tâm.

2. Tổn thương đốt sống, cột sống (bao gồm cả đĩa đệm)

Tổn thương cột sống bao gồm nhưng không giới hạn các tổn thương ở đốt sống như gãy, xẹp, vỡ hoặc rạn thân đốt sống; trật khớp cột sống; tổn thương đĩa đệm; giãn, đứt các dây chằng..... Tổn thương cột sống có thể đơn độc hoặc kèm theo tổn thương tủy sống như chấn động tủy, dập tủy, chảy máu trong tủy, tổn thương các phần trước của tủy, tổn thương đuôi ngựa.

3. U bướu, u nang các loại

Khối u (bao gồm u đặc, u nang hay u hỗn hợp) là một tổ chức tân sinh, kết quả của sự tăng sinh khuyếch đại từ những tế bào của một tổ chức trong cơ thể, mang đặc điểm của tổ chức đã sinh ra nó nhưng lại phát triển độc lập với cơ thể, có chiều hướng tồn tại và lớn lên một cách không giới hạn. Khối u có thể là lành tính hoặc ác tính và có thể xuất hiện ở mọi cơ quan, bộ phận trong cơ thể.

4. Rò hậu môn

Rò hậu môn là một đường hầm, thành được lót bởi mô hạt, lỗ trong nằm ở ống hậu môn, lỗ ngoài nằm ở phần da quanh ống hậu môn. Bệnh gây ra do nhiễm trùng ở các khe và nhú trong ống hậu môn, từ đó gây viêm và tụ mủ ở các tuyến hậu môn giữa hai cơ thắt hậu môn, sau đó phá miệng ra ngoài.

5. Bệnh lao

Bệnh lao là tình trạng cơ thể bị nhiễm vi khuẩn Mycobacterium tuberculosis, tạo nên những hạt viêm đặc biệt trong phủ tạng, gọi là hạt lao, làm suy mòn cơ thể của người bệnh. Theo vị trí tổn thương, lao được phân loại thành lao phổi và lao ngoài phổi. Lao ngoài phổi là thể lao ở các tạng như lao hạch, lao xương khớp, lao màng não, lao sinh dục tiết niệu, lao ruột, lao màng bụng, lao màng ngoài tim, lao da.

6. Sỏi mật - Viêm túi mật
Sỏi mật là một bệnh lý gây ra bởi hiện tượng hình thành sỏi trong đường mật (trong gan, túi mật, ống mật) tùy vị trí của sỏi mà có tên tương ứng với phần đó.

Viêm túi mật là tình trạng nhiễm khuẩn ở túi mật. Phần lớn các trường hợp viêm túi mật là kết quả của sỏi mật, làm tích tụ mật và gây ra viêm. Nguyên nhân khác gây viêm túi mật bao gồm nhiễm trùng, chấn thương và các khối u.

7. Lạc nội mạc tử cung
Lạc nội mạc tử cung là tình trạng lớp nội mạc lót bên trong lòng tử cung hiện diện và phát triển ở một nơi khác (ngoài tử cung) trong cơ thể. Lớp nội mạc lạc chỗ này cũng bong ra và chảy máu tại chỗ vào các chu kỳ kinh nguyệt.

8. Sỏi thận, sỏi niệu đạo hoặc sỏi bàng quang
Sỏi thận là sự lắng đọng những chất đáng lẽ có thể hòa tan trong nước tiểu nhưng vì một lý do nào đó đã kết tinh, lắng đọng lại và tạo sỏi trong thận. Tùy thời gian, vị trí và độ lắng đọng mà kích thước sỏi lớn nhỏ khác nhau.

Sỏi niệu đạo là thành phần hữu hình vô cơ hay hữu cơ tại niệu đạo nam giới, có thể hình thành tại chỗ hay từ bàng quang di chuyển tới làm hẹp niệu đạo 1 phần hay toàn bộ và gây nên rối loạn bài xuất nước tiểu ở đường tiết niệu dưới.

Sỏi bàng quang là một khối đá, bao gồm các chất hóa học khác nhau được hình thành từ thận, niệu quản hay tạo ra ngay ở bàng quang.

9. Bệnh trĩ
Bệnh trĩ được tạo thành do giãn quá mức các đám rối tĩnh mạch trĩ. Trĩ là một cấu trúc giải phẫu cần thiết của ống hậu môn, khả năng phồng xẹp của các khoang mạch máu trong các đám rối trĩ là một trạng thái sinh lý bình thường của cơ thể. Chỉ khi nào các mạch máu này giãn quá mức, mất khả năng bù trừ thì mới thành Bệnh trĩ.

10. Đục thủy tinh thể
Đục thủy tinh thể là tình trạng thấu kính trong suốt bên trong mắt trở nên mờ đục, làm cho các tia sáng đi vào mắt bị chặn lại không tới võng mạc nên mắt nhìn không rõ. Hầu hết đục thủy tinh thể phát triển chậm và không làm phiền thị lực sớm. Nhưng với thời gian, đục thủy tinh thể cuối cùng sẽ ảnh hưởng đến tầm nhìn.

11. Bệnh về Amidan hoặc vòm họng
Bệnh về Amidan: Những vấn đề thường gặp nhất của amidan là nhiễm trùng tái phát và nhiễm trùng mạn tính cùng với phì đại.

- Viêm amidan cấp tính: là tình trạng nhiễm trùng của các amidan do một trong vài loại vi khuẩn hoặc virus.

- Viêm amidan mạn tính: là tình trạng nhiễm trùng dai dẳng của amidan. Nhiễm trùng lặp đi lặp lại có thể làm hình thành những túi nhỏ chứa vi khuẩn bên trong amidan.

- Áp xe quanh amidan: là tình trạng tụ mủ ở phía sau amidan và đẩy amidan đi ra ngoài về phía lưỡi gà, làm người bệnh rất đau và giới hạn động tác há miệng.

- Phì đại amidan và VA: gây tắc nghẽn đường thở làm cho bệnh nhân ngáy và gây cản trở giấc ngủ dẫn đến thức giấc giữa chừng hoặc ngừng thở lúc ngủ.

Bệnh về Vòm họng:

- Ung thư vòm họng: là những ung thư xuất phát từ biểu mô vùng vòm họng.

- Viêm VA: có thể đơn độc hoặc kết hợp với viêm, phì đại Amidan.

- Bệnh khác: Viêm vòm họng, Nang vòm họng.

12. Viêm dạ dày - Loét dạ dày, tá tràng
Viêm dạ dày là một nhóm bệnh có tổn thương niêm mạc dạ dày biểu hiện bởi sự hư hoại của lớp tế bào biểu mô kèm theo hiện tượng viêm do hậu quả của sự kích thích niêm mạc bởi các yếu tố ngoại sinh hoặc nội sinh như: nhiễm độc hóa chất, nhiễm khuẩn (vi khuẩn HP), các rối loạn miễn dịch.

Loét dạ dày là một bệnh diễn biến mạn tính do suy giảm các yếu tố bảo vệ và/hoặc tăng cường các yếu tố tấn công gây nên các tổn thương ăn mòn đến lớp cơ niêm của niêm mạc dạ dày và/hoặc tá tràng.

13. Bất thường của mũi, vách ngăn hoặc xương soăn, viêm xoang
Bao gồm các bệnh tật, thương tật, dị tật của mũi, vách ngăn hoặc xương soăn.

Viêm xoang là tình trạng một hay nhiều xoang cạnh mũi bị viêm, nguyên nhân có thể do dị ứng, virus, vi khuẩn, hoặc đôi khi là do nấm.

14. Bệnh cường giáp
Cường giáp (tuyến giáp hoạt động quá mức) là hội chứng bệnh lý gây ra do tăng nồng độ hormon tuyến giáp trong máu dẫn đến những thay đổi ở các cơ quan và tổ chức. Cường giáp có thể làm tăng tốc đáng kể sự trao đổi chất

của cơ thể, làm giảm cân đột ngột, nhịp tim nhanh hoặc không đều, ra mồ hôi và căng thẳng hoặc khó chịu.

15. Cắt bỏ tử cung (có bao gồm hoặc không bao gồm cắt buồng trứng – vòi trứng)

Cắt bỏ tử cung là một phẫu thuật dùng để loại bỏ tử cung thông qua một vết rạch vùng bụng dưới, qua đường âm đạo hoặc phẫu thuật nội soi ổ bụng. Đôi khi phẫu thuật bao gồm cắt bỏ một hoặc cả hai buồng trứng và ống dẫn trứng.

16. Bệnh liên quan tới hệ sinh sản

Là các bệnh liên quan tới dương vật, tinh hoàn, tử cung, buồng trứng.

17. Tăng huyết áp

Tăng huyết áp là khi huyết áp tâm thu lớn hơn hoặc bằng 140mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương lớn hơn hoặc bằng 90mmHg.

18. Đái tháo đường

Đái tháo đường là một hội chứng có đặc tính biểu hiện bằng tăng glucose máu do hậu quả của việc thiếu/mất hoàn toàn insulin hoặc do sự suy giảm trong bài tiết và hoạt động của insulin.