



Quy tắc và Điều khoản

Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ bảo vệ sức khỏe ưu việt

PRU-HÀNH TRANG VUI KHỎE

- ▶ Liên quan đến dịch vụ bảo lãnh viện phí và yêu cầu bồi thường: **1800 6289**
- ▶ Liên quan các thông tin khác: **1800 1 247**



**QUY TẮC, ĐIỀU KHOẢN
SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ TRỢ BẢO VỆ SỨC KHỎE ƯU VIỆT**

(Được chấp thuận theo công văn số 670/BTC-QLBH ngày 17 tháng 01 năm 2020 của Bộ Tài chính)



MỤC LỤC

CHƯƠNG I: NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG	3
1. Định nghĩa	3
2. Thời hạn của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ.....	11
3. Phí bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ.....	11
4. Thời hạn ân hạn đóng phí và Mất hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ.....	11
5. Hiệu lực, Khôi phục hiệu lực, Chấm dứt hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ	11
6. Điều khoản Khai báo thông tin đầy đủ, chính xác và trung thực	12
7. Thay đổi liên quan đến Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ	12
CHƯƠNG II: CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	13
8. Chương trình bảo hiểm và Quyền lợi bảo hiểm	13
9. Lựa chọn và Thay đổi Chương trình bảo hiểm.....	13
CHƯƠNG III: CHI TRẢ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	15
10. Quyền lợi Điều trị Nội trú	15
11. Quyền lợi Bồi sung tùy chọn -	
Điều trị Ngoại trú, Chăm sóc Nha khoa và Chăm sóc Thai sản	18
12. Loại trừ bảo hiểm	21
CHƯƠNG IV: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	24
13. Thủ tục giải quyết Quyền lợi bảo hiểm	24
14. Thời hạn yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm	26
15. Thời hạn giải quyết Quyền lợi bảo hiểm	26
PHỤ LỤC	27



CHƯƠNG I: NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG

1. Định nghĩa

Trừ những khái niệm được định nghĩa dưới đây, các thuật ngữ, từ/cụm từ viết hoa trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ sẽ có nghĩa như quy định, giải thích trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm chính.

Trừ khi được quy định cụ thể khác đi, các thuật ngữ về y khoa sử dụng trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ sẽ có cùng nghĩa về mặt y khoa theo như cách hiểu và sử dụng chung của các chuyên gia y tế trong lĩnh vực tương ứng.

1.1 Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ: là Quy tắc, Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ Bảo vệ Sức khỏe Ưu việt.

1.2 Người được bảo hiểm: là cá nhân có sức khỏe được bảo hiểm theo Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ, đang cư trú tại Việt Nam tại thời điểm nộp hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, có độ tuổi từ 30 (ba mươi) ngày tuổi đến 65 (sáu mươi lăm) tuổi, và được Prudential chấp thuận bảo hiểm theo Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ. Tuổi tối đa kết thúc Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ của Người được bảo hiểm là 70 (bảy mươi) tuổi. Bên mua bảo hiểm phải có mối quan hệ bảo hiểm với Người được bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ.

Đối với Trẻ em:

- Trẻ em từ 30 (ba mươi) ngày tuổi đến 10 (mười) tuổi chỉ có thể là Người được bảo hiểm với điều kiện là cha hoặc mẹ của trẻ em đó là Bên mua bảo hiểm và đồng thời là Người được bảo hiểm trên cùng một hợp đồng bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ. Trẻ em, trong độ tuổi nêu trên, chỉ có thể được bảo hiểm theo Chương trình bảo hiểm với quyền lợi bằng hoặc thấp hơn Chương trình bảo hiểm của cha mẹ.
- Trẻ em từ 11 (mười một) tuổi đến dưới 18 (mười tám) tuổi có thể là Người được bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ với điều kiện cha hoặc mẹ của trẻ em đó là Bên mua bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ.

1.3 Chương trình bảo hiểm: là các Chương trình bảo hiểm do Prudential quy định và được Bên mua bảo hiểm lựa chọn khi tham gia Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ, được thể hiện trong Giấy chứng nhận bảo hiểm, văn bản sửa đổi, bổ sung (nếu có) hoặc văn bản xác nhận khôi phục hiệu lực bảo hiểm cấp bởi Prudential.

Prudential có quyền ngưng phân phối bất kì Chương trình bảo hiểm nào theo từng thời điểm với điều kiện Prudential sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm ít nhất 30 (ba mươi) ngày trước Ngày gia hạn Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ.

1.4 Quyền lợi bảo hiểm trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ là:

- Quyền lợi Điều trị Nội trú; và
- Quyền lợi Bổ sung tùy chọn bao gồm:
 - Quyền lợi Điều trị Ngoại trú;
 - Quyền lợi Chăm sóc Nha khoa;



- Quyền lợi Chăm sóc Thai sản;

Các quyền lợi này được Bên mua bảo hiểm lựa chọn và được thể hiện trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.

- 1.5 Ngày hiệu lực:** là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ khoản phí bảo hiểm đầu tiên cho Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ với điều kiện Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được chấp thuận bởi Prudential hoặc ngày ghi trên Thư xác nhận điều chỉnh Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ.
- 1.6 Ngày khôi phục hiệu lực:** là ngày mà hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ được khôi phục theo sự chấp thuận bằng văn bản của Prudential.
- 1.7 Ngày gia hạn** của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ: là ngày kỷ niệm năm hợp đồng.
- 1.8 Năm hiệu lực** của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ: là thời gian kể từ Ngày hiệu lực cho đến Ngày gia hạn tiếp theo của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ.
- 1.9 Thời gian chờ:** là thời gian mà sự kiện bảo hiểm nếu có xảy ra sẽ không được chi trả và được quy định cụ thể theo từng Quyền lợi bảo hiểm. Thời gian chờ được tính từ Ngày hiệu lực đầu tiên hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hoặc Ngày hiệu lực của việc thay đổi Chương trình bảo hiểm (cho quyền lợi được bổ sung hoặc tăng thêm) của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ, áp dụng ngày nào đến sau.

Trong trường hợp việc chi trả Quyền lợi bảo hiểm có liên quan đến nhiều hơn một Thời gian chờ, Thời gian chờ dài nhất sẽ được áp dụng.

- 1.10 Lần khám:** là một lần Người được bảo hiểm đến khám tại Bệnh viện hoặc Phòng khám và được Bác sĩ tư vấn, chỉ định làm các xét nghiệm cận lâm sàng (nếu có), chẩn đoán và kê đơn Thuốc điều trị và/hoặc được chỉ định Vật lý trị liệu liên quan đến Bệnh hoặc Thương tích.
- 1.11 Đợt nằm viện:** là một lần Điều trị Nội trú để điều trị Bệnh hoặc Thương tích của Người được bảo hiểm. Giấy ra viện là bằng chứng chứng minh một đợt nằm viện.
- 1.12 Đồng chi trả:** là tỷ lệ phần trăm tính trên Chi phí y tế thực tế mà Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm chi trả cho mỗi sự kiện bảo hiểm theo Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ.
- 1.13 Bệnh viện:** là một cơ sở được cấp phép và hoạt động hợp pháp theo luật pháp của nước sở tại nơi Bệnh viện đặt cơ sở, chủ yếu để chăm sóc và điều trị những người bị Bệnh và/hoặc có Thương tích và cung cấp dịch vụ y tế 24/7 bởi các Bác sĩ và Y tá/Điều dưỡng có chứng chỉ hành nghề hợp pháp.

Cho mục đích của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này, Bệnh viện bao gồm Bệnh viện công và Bệnh viện tư, nhưng sẽ không bao gồm:

- Bệnh viện, viện, trung tâm tâm thần; hoặc
- Bệnh viện, viện, trung tâm y học dân tộc/y học cổ truyền; hoặc



- Bệnh viện, viện phong; hoặc
- Nhà bảo sanh/nhà hộ sinh, nhà điều dưỡng, nhà an dưỡng hay các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, chất ma túy, chất kích thích, hoặc là nơi điều trị sỏi khoáng, xông hơi, mát-xa cho dù các cơ sở này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện.

Bệnh viện công: là Bệnh viện do nhà nước sở hữu hoặc sở hữu bởi/hoạt động dựa trên liên kết giữa Nhà nước với cá nhân, doanh nghiệp hoặc tổ chức không phải là tổ chức Nhà nước.

Bệnh viện tư: là Bệnh viện sở hữu bởi cá nhân, doanh nghiệp hoặc tổ chức không phải là tổ chức Nhà nước.

1.14 Phòng khám: là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp theo luật của nước sở tại tại nơi tổ chức này đặt cơ sở, hoạt động với mục đích chủ yếu là khám và điều trị y tế mà không áp dụng chức năng lưu bệnh qua đêm.

Cho mục đích của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này, Phòng khám bao gồm Phòng khám công và Phòng khám tư, nhưng không bao gồm phòng mạch Bác sỹ tư.

Phòng khám công: là Phòng khám do nhà nước sở hữu hoặc sở hữu bởi/hoạt động dựa trên liên kết giữa nhà nước với cá nhân, doanh nghiệp hoặc tổ chức không phải là tổ chức Nhà nước.

Phòng khám tư: là Phòng khám sở hữu bởi cá nhân, doanh nghiệp hoặc tổ chức không phải là tổ chức Nhà nước.

1.15 Bác sỹ: là người có bằng cấp chuyên môn y khoa và/hoặc chuyên môn nha khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề y và/hoặc nghề nha hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi người này tiến hành việc khám, điều trị.

Cho mục đích của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này, Bác sỹ không được đồng thời là:

- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- Vợ, chồng, cha ruột, mẹ ruột, cha nuôi, mẹ nuôi, cha dượng, mẹ kế, con ruột, con nuôi, anh ruột, chị ruột, em ruột, ông nội, bà nội, ông ngoại, bà ngoại của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- Con riêng của vợ hoặc chồng của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- Đại lý bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm.

1.16 Y tá/Điều dưỡng: là nhân viên y tế được cấp phép hành nghề y tá hoặc điều dưỡng hợp pháp theo luật pháp của nước sở tại nơi người đó tiến hành việc chăm sóc y tế.

1.17 Giường và Phòng: là giường và phòng theo hạng bình thường của Bệnh viện và đã bao gồm các suất ăn theo tiêu chuẩn của bệnh nhân Điều trị Nội trú. Cho mục đích của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ, nếu Người được bảo hiểm nằm tại phòng không phải là



phòng theo hạng bình thường, Prudential sẽ chỉ chi trả tối đa chi phí giường và phòng theo hạng bình thường của Bệnh viện đó.

1.18 Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU): là một khoa hoặc một bộ phận của Bệnh viện nhưng không phải phòng hậu phẫu hoặc phòng cấp cứu và:

- Được Bệnh viện thành lập nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị tích cực; và
- Chỉ dành riêng cho bệnh nhân mắc bệnh nặng cần sự theo dõi liên tục 24/7 theo chỉ định của Bác sĩ; và
- Có trang bị tất cả trang thiết bị, thuốc men và các phương tiện cấp cứu cần thiết để có thể can thiệp kịp thời.

1.19 Phòng phẫu thuật: là một bộ phận của Bệnh viện được trang bị các thiết bị y tế phù hợp và cần thiết để phục vụ cho việc Phẫu thuật.

1.20 Phạm vi địa lý: là các quốc gia, vùng lãnh thổ mà Prudential chấp nhận chi trả các Chi phí y tế phát sinh khi Người được bảo hiểm khám, điều trị trong thời hạn Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ còn hiệu lực, tương ứng với Chương trình bảo hiểm được lựa chọn và áp dụng cho Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ.

Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ được áp dụng trong các Phạm vi địa lý sau đây:

- Việt Nam; hoặc
- Đông Nam Á: bao gồm Việt Nam, Laos, Cambodia, Thailand, Myanmar, Indonesia, Malaysia, Singapore, Brunei và Philippines.

1.21 Giới hạn bảo hiểm tối đa: là số tiền tối đa được chi trả trong suốt Năm hiệu lực đối với từng Quyền lợi bảo hiểm và được quy định cụ thể tại Bảng chi tiết Quyền lợi bảo hiểm.

1.22 Giới hạn phụ: là giới hạn chi trả tối đa đối với từng loại chi phí phát sinh cho Dịch vụ y tế cần thiết được nêu tại Bảng chi tiết Quyền lợi bảo hiểm.

1.23 Bệnh: là tình trạng bất thường về hình thái, cấu trúc, chức năng của một hay nhiều cơ quan trong cơ thể phát sinh do nguyên nhân bên trong hoặc bên ngoài.

Một Bệnh được xem như bắt đầu khi Bệnh đó đã được tham vấn, chẩn đoán, điều trị bởi Bác sĩ hoặc đã làm phát sinh những triệu chứng khiến cho một người bình thường phải tìm sự tham vấn, chẩn đoán, hoặc điều trị của Bác sĩ.

1.24 Tình trạng tồn tại trước: là Thương tích gây ra bởi Tai nạn hoặc Bệnh đã được chẩn đoán xác định, hoặc đã phát bệnh trước Ngày hiệu lực hoặc Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ, áp dụng ngày nào đến sau.

Hồ sơ y tế, tình trạng tiền sử bệnh được lưu giữ tại các cơ sở y tế được thành lập hợp pháp hoặc các thông tin do Người được bảo hiểm tự kê khai được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Tình trạng tồn tại trước.

1.25 Bệnh đặc biệt: là các bệnh được liệt kê trong danh sách Bệnh đặc biệt ở PHỤ LỤC.



Thời gian chờ áp dụng cho Bệnh đặc biệt là 90 (chín mươi) ngày hoặc các Thời gian chờ khác được quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ.

- 1.26 Bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh:** là sự phát triển bất thường về mặt thể chất hoặc tâm thần tồn tại ngay từ khi mới sinh ra hoặc phát triển sau khi sinh, có thể là do di truyền, mắc phải do ảnh hưởng của các biến cố trong tử cung hoặc do sự kết hợp của các nguyên nhân trên, cho dù Người được bảo hiểm có biết hay không.
- 1.27 Tai nạn:** là một sự kiện cụ thể gây ra bởi tác động của một lực hoặc một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ động và ngoài ý muốn, xảy ra tại một thời điểm và địa điểm xác định được. Sự kiện này phải là nguyên nhân duy nhất, trực tiếp và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác (như Bệnh) gây ra Thương tích cho Người được bảo hiểm.
- 1.28 Thương tích:** là thương tích cơ thể của Người được bảo hiểm do nguyên nhân duy nhất và trực tiếp do Tai nạn trong thời gian Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ có hiệu lực.
- 1.29 Sinh thường:** là việc sinh con tự nhiên, không có can thiệp bằng Phẫu thuật của Người được bảo hiểm tại Bệnh viện và được thể hiện trên giấy ra viện. Giới hạn chi trả cho Sinh thường được liệt kê trong Bảng chi tiết Quyền lợi bảo hiểm.
- 1.30 Sinh mổ:** là việc sinh con của Người được bảo hiểm cần phải can thiệp Phẫu thuật tại Bệnh viện và được thể hiện trên giấy ra viện. Giới hạn chi trả cho Sinh mổ được liệt kê trong Bảng chi tiết Quyền lợi bảo hiểm.
- 1.31 Biến chứng thai sản:** là những biến chứng xảy ra do quá trình mang thai và sinh đẻ. Đối với phạm vi bảo hiểm theo Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này, Biến chứng thai sản chỉ bao gồm: Nhau bong non, thuyên tắc ối (tắc mạch ối), đông máu nội mạch lan tỏa, gan nhiễm mỡ cấp tính trong thai kỳ, nhau cài răng lược, cắt tử cung do băng huyết sau sinh, sản giật hoặc tiền sản giật nặng, thai lưu, vỡ tử cung.

Thời gian chờ áp dụng cho Biến chứng thai sản là 270 (hai trăm bảy mươi) ngày hoặc các Thời gian chờ khác được quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ.

- 1.32 Dịch vụ y tế cần thiết:** là dịch vụ y tế được chỉ định bởi Bác sĩ và được Bác sĩ của Prudential nhận định là:
- Phù hợp và cần thiết với các chẩn đoán và điều trị đối với tình trạng Bệnh hoặc Thương tích của Người được bảo hiểm; và
 - Có phương thức, quy trình và thời hạn điều trị thống nhất với các hướng dẫn y khoa của các tổ chức y tế, chăm sóc sức khỏe, nghiên cứu hoặc tổ chức chính phủ được Prudential chấp thuận; và
 - Không phục vụ cho mục đích tiện nghi của Người được bảo hiểm hoặc Thân nhân của Người được bảo hiểm hoặc Bác sĩ.
- 1.33 Mức chi phí y tế hợp lý và thông thường:** là
- Mức phí mà Bệnh viện và/hoặc Phòng khám áp dụng cho các bệnh nhân có cùng một tình trạng y tế như Người được bảo hiểm; và



- Mức phí được xác định và áp dụng tương tự tại các Bệnh viện và/hoặc Phòng khám có cùng xếp hạng, cùng loại và trong cùng một khu vực.

1.34 Chi phí y tế: là các chi phí phát sinh thực tế để trả cho các vật tư y tế và/hoặc dịch vụ y tế cần thiết mà Người được bảo hiểm sử dụng theo quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ và phải đáp ứng các điều kiện sau:

- Phát sinh phù hợp với phạm vi giấy phép hoạt động của Bệnh viện hoặc Phòng khám; và
- Phát sinh phù hợp với các bằng chứng khoa học được công nhận; và
- Phát sinh trong thời gian Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ còn hiệu lực; và
- Chi trả cho Dịch vụ y tế cần thiết; và
- Không phải là các chi phí, dịch vụ y tế nhằm phục vụ cho sự tiện nghi của Người được bảo hiểm; và
- Không thuộc trường hợp loại trừ theo điều khoản loại trừ của Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ; và
- Là Mức chi phí y tế hợp lý và thông thường.

1.35 Điều trị Nội trú: là việc điều trị y tế mà Người được bảo hiểm phải nhập viện và nằm viện qua đêm tại Bệnh viện theo chỉ định của Bác sĩ.

1.36 Điều trị Ngoại trú: là việc điều trị y tế mà không yêu cầu Người được bảo hiểm phải nhập viện hoặc Điều trị trong ngày tại Bệnh viện hoặc Phòng khám theo chỉ định của Bác sĩ.

1.37 Điều trị trong ngày: là việc điều trị y tế mà Người được bảo hiểm có làm thủ tục nhập viện và nằm điều trị tại Bệnh viện hoặc Phòng khám theo chỉ định của Bác sĩ, nhập viện và xuất viện trong cùng một ngày.

1.38 Điều trị trước khi nhập viện: là việc xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh liên quan trực tiếp đến Bệnh hoặc Thương tích mà Người được bảo hiểm phải nhập viện để Điều trị Nội trú theo chỉ định của Bác sĩ và phải được thực hiện trong vòng ít nhất 30 (ba mươi) ngày trước ngày nhập viện. Điều trị trước khi nhập viện không áp dụng cho quyền lợi Chăm sóc Thai sản.

1.39 Điều trị sau khi xuất viện: là việc theo dõi điều trị theo chỉ định của Bác sĩ điều trị ngay sau khi xuất viện bao gồm tư vấn y khoa, thăm khám, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, Thuốc điều trị theo toa liên quan trực tiếp đến Bệnh hoặc Thương tích mà Người được bảo hiểm đã vừa phải nhập viện để điều trị và phải được thực hiện trong vòng 60 (sáu mươi) ngày sau ngày xuất viện.

1.40 Điều trị ung thư: bao gồm Điều trị Nội trú và Điều trị Ngoại trú bằng phương pháp hóa trị, xạ trị, và liệu pháp trúng đích cho mục đích điều trị bệnh ung thư.

Thời gian chờ áp dụng cho Điều trị ung thư là 90 (chín mươi) ngày hoặc các Thời gian chờ khác được quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ.



- 1.41 Thuốc điều trị:** là các loại thuốc cần thiết, hợp lý về mặt y tế cho mục đích điều trị Bệnh hoặc Thương tích và được kê toa bởi Bác sỹ. Thuốc điều trị phải có trong danh mục đăng ký với cơ quan quản lý dược phẩm có thẩm quyền và không bao gồm thực phẩm chức năng, thuốc cho mục đích làm đẹp, mỹ phẩm, vitamin, thuốc bổ; ngoại trừ các vitamin, thuốc bổ cần thiết cho việc điều trị và chi phí cho các loại thuốc này ít hơn so với các loại thuốc điều trị chính.
- 1.42 Vật lý trị liệu:** là phương pháp chữa trị sử dụng các biện pháp vật lý (bao gồm nắn xương) để giảm đau, phục hồi chức năng của cơ bắp hay các hoạt động bình thường hàng ngày của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sỹ điều trị mà không phải là các phương pháp làm đẹp, thư giãn hoặc các phương pháp tương tự hay tập sửa dáng đi.
- 1.43 Y học thay thế:** là các phương pháp chữa Bệnh, Thương tích không phải là tây y, như phương pháp y học dân tộc, y học cổ truyền và những phương pháp khác.
- 1.44 Phẫu thuật:** là một biện pháp kỹ thuật được Bác sỹ phẫu thuật đúng chuyên môn sử dụng trang thiết bị y tế và dụng cụ y tế chuyên dùng để tác động vào cơ thể bệnh nhân trong Phòng phẫu thuật của Bệnh viện.

Cho mục đích của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ, các thủ thuật loại I (một) và loại đặc biệt được quy định theo Danh mục phân loại phẫu thuật, thủ thuật của Bộ Y tế Việt Nam tại từng thời điểm được gọi chung là Phẫu thuật. Việc phân loại được căn cứ theo Danh mục phân loại phẫu thuật, thủ thuật của Bộ Y tế Việt Nam có hiệu lực tại thời điểm thực hiện phẫu thuật, thủ thuật cho dù được thực hiện tại bất kì quốc gia nào nằm trong Phạm vi địa lý được bảo hiểm.

- 1.45 Phẫu thuật trong ngày:** là Phẫu thuật được thực hiện tại Bệnh viện và Người được bảo hiểm nhập viện nhưng không nằm qua đêm.
- 1.46 Chi phí phẫu thuật:** là Chi phí y tế để thực hiện Phẫu thuật, bao gồm: chi phí Thuốc điều trị, vật tư y tế, cấy ghép y tế (loại trừ kính nội nhãn đa tiêu cự), vật tư tiêu hao, chi phí Phòng phẫu thuật, chi phí nhân viên y tế, chi phí gây mê, gây tê và các Chi phí y tế cần thiết khác phục vụ cho ca Phẫu thuật.

Kính nội nhãn đa tiêu cự chỉ được chi trả trong Chương trình Chăm sóc Hoàn hảo.

- 1.47 Chi phí xe cứu thương:** là chi phí vận chuyển bằng xe cứu thương và chăm sóc trong quá trình vận chuyển Người được bảo hiểm đang trong tình trạng nguy cấp tới Bệnh viện hoặc Phòng khám. Prudential không chi trả chi phí này cho trường hợp thai sản ngoại trừ trường hợp cấp cứu thai sản do Tai nạn.
- 1.48 Chi phí dưỡng nhi:** là các chi phí y tế cần thiết phát sinh trong vòng 7 (bảy) ngày kể từ ngày sinh để điều trị Bệnh của trẻ sơ sinh tại Bệnh viện. Chi phí dưỡng nhi không bao gồm chi phí khám, chẩn đoán, xét nghiệm hoặc điều trị Bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh. Chi phí này chỉ được áp dụng đối với Quyên lợi Chăm sóc Thai sản.



1.49 Dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà: là dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết về mặt y khoa được chỉ định bởi Bác sĩ điều trị và được thực hiện bởi Bác sĩ hoặc Y tá/Điều dưỡng tại nơi ở của Người được bảo hiểm trong vòng 60 (sáu mươi) ngày sau khi xuất viện.

1.50 Chi phí điều trị nha khoa cấp cứu do Tai nạn: là các Chi phí y tế phát sinh thực tế trong vòng 7 (bảy) ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn cho việc điều trị các mất mát và tổn thương do Tai nạn đối với răng thật và lành lặn (không bao gồm chi phí làm răng giả và trồng răng).

1.51 Chi phí y tế nội trú khác: là các Chi phí y tế phát sinh thực tế trong quá trình Điều trị Nội trú của Người được bảo hiểm được trả thêm ngoài các chi phí được chi trả theo Giới hạn phụ của Chương trình bảo hiểm được áp dụng.

1.52 Chi phí cấy ghép nội tạng: là chi phí cho việc Phẫu thuật cấy ghép tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận, tủy xương cho Người được bảo hiểm được tiến hành bởi Bác sĩ tại một Bệnh viện bao gồm:

- Chi phí y tế thực tế liên quan đến người nhận tạng (Người được bảo hiểm); và
- Chi phí Phẫu thuật cho người hiến tạng (không phải Người được bảo hiểm);

nhưng không bao gồm chi phí cho các dịch vụ phát sinh liên quan đến việc xác định và mua tạng cho việc thay thế và tất cả các chi phí vận chuyển và hành chính phát sinh liên quan đến việc cấy ghép nội tạng.

Thời gian chờ áp dụng cho cấy ghép nội tạng là 90 (chín mươi) ngày hoặc các Thời gian chờ khác được quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ.

1.53 Chi phí tái tạo tuyến vú sau đoạn nhũ: là các Chi phí y tế cần thiết phát sinh để tái tạo tuyến vú sau đoạn nhũ do ung thư vú và phải đáp ứng các điều kiện sau:

- Việc tái tạo tuyến vú phải được thực hiện sau Thời gian chờ áp dụng cho Điều trị ung thư và trong vòng 365 (ba trăm sáu mươi lăm) ngày kể từ ngày việc đoạn nhũ ban đầu được thực hiện; và
- Bất kì can thiệp nào liên quan đến việc phẫu thuật hoặc tái tạo bên vú còn lại nhằm mục đích cân xứng sẽ không được bảo hiểm.

1.54 Phụ cấp nằm viện tại Bệnh viện công: là số tiền Prudential sẽ chi trả cho mỗi ngày nằm viện khi Người được bảo hiểm Điều trị Nội trú tại Bệnh viện công tại Việt Nam từ 3 (ba) ngày trở lên.

Giới hạn phụ cho Phụ cấp nằm viện tại Bệnh viện công được quy định trong Bảng chi tiết Quyền lợi bảo hiểm của Chương trình bảo hiểm được áp dụng và là một phần của Giới hạn phụ cho chi phí Giường và Phòng. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho chi phí Giường và Phòng và Phụ cấp nằm viện tại Bệnh viện công không vượt quá Giới hạn phụ áp dụng cho chi phí Giường và Phòng.



2. Thời hạn của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ

- Thời hạn của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ được tính từ Ngày hiệu lực được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm, văn bản sửa đổi, bổ sung (nếu có) đến Ngày kỷ niệm Năm hợp đồng.
- Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ sẽ được tự động gia hạn hàng năm cho đến ngày Người được bảo hiểm tròn 70 (bảy mươi) tuổi (trừ trường hợp đã chấm dứt hiệu lực theo Điều 5.3 trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ) hoặc thời hạn đóng phí của Sản phẩm bảo hiểm chính chấm dứt, áp dụng thời điểm nào đến trước.
- Bên mua bảo hiểm và/hoặc Prudential có quyền không gia hạn Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ.
- Trường hợp Prudential từ chối gia hạn Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ, Prudential sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm ít nhất 30 (ba mươi) ngày trước Ngày gia hạn Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ.

3. Phí bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ

Phí bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ có thể thay đổi tùy theo sự chấp thuận của Bộ Tài chính. Mức phí bảo hiểm mới sẽ được áp dụng vào Ngày gia hạn kế tiếp và Prudential sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản ít nhất 30 (ba mươi) ngày trước khi áp dụng.

Định kỳ đóng phí của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ sẽ được áp dụng theo định kỳ đóng phí của Sản phẩm bảo hiểm chính.

4. Thời hạn ân hạn đóng phí và Mất hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ

Thời hạn ân hạn đóng phí của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ là 60 (sáu mươi) ngày kể từ ngày đến hạn đóng Phí bảo hiểm.

Trong thời hạn ân hạn đóng phí, Người được bảo hiểm vẫn tiếp tục được bảo hiểm theo các Quyền lợi bảo hiểm quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ. Nếu trong thời hạn này phí bảo hiểm không được thanh toán thì Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ sẽ mất hiệu lực từ ngày đến hạn đóng phí.

Nếu phát sinh sự kiện bảo hiểm dẫn đến yêu cầu bồi thường trong thời hạn ân hạn đóng phí, điều kiện để được chi trả Yêu cầu bồi thường là Bên mua bảo hiểm đã phải đóng toàn bộ phí bảo hiểm còn nợ trong thời hạn ân hạn đóng phí. Prudential sẽ khấu trừ phí bảo hiểm đến hạn chưa thanh toán (nếu có) trước khi chi trả Quyền lợi bảo hiểm trong thời hạn ân hạn đóng phí.

5. Hiệu lực, Khôi phục hiệu lực, Chấm dứt hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ

5.1 Hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ

Nếu hồ sơ yêu cầu bảo hiểm cho Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ được Prudential chấp thuận, Ngày có hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ là ngày được xác định theo quy định tại Điều 1.5 trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ.



5.2 Khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ

Tùy thuộc vào sự chấp thuận của Prudential, Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ có thể được khôi phục hiệu lực trong trường hợp mất hiệu lực do không đóng đầy đủ phí bảo hiểm đến hạn. Việc khôi phục hiệu lực sẽ được áp dụng một cách tương ứng theo các quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm chính.

5.3 Chấm dứt hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ

Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ sẽ chấm dứt hiệu lực và Prudential không áp dụng nghĩa vụ chi trả bất kỳ Quyền lợi bảo hiểm nào khi xảy ra một trong số những sự kiện sau đây, tùy thuộc vào sự kiện nào xảy ra trước:

- Sản phẩm bảo hiểm chính chấm dứt hiệu lực; hoặc
- Thời hạn của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ kết thúc và không được gia hạn; hoặc
- Thời hạn đóng phí của Sản phẩm bảo hiểm chính kết thúc; hoặc
- Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ; hoặc
- Vào Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau ngày Người được bảo hiểm tròn 70 (bảy mươi) tuổi; hoặc
- Người được bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ tử vong; hoặc
- Bên mua bảo hiểm yêu cầu dừng đóng phí đối với Sản phẩm bảo hiểm chính và tiếp tục duy trì Sản phẩm bảo hiểm chính với số tiền bảo hiểm giảm; hoặc
- Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

6. Điều khoản Khai báo thông tin đầy đủ, chính xác và trung thực

Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có trách nhiệm kê khai đầy đủ, chính xác và trung thực tất cả các thông tin cần thiết để Prudential đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm đối với Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ. Việc thẩm định sức khỏe, nếu có, không thay thế cho nghĩa vụ kê khai trung thực của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm theo quy định tại điều này.

Nếu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cố ý kê khai không đầy đủ, chính xác và trung thực các thông tin cần thiết theo yêu cầu của Prudential, theo đó, nếu với thông tin chính xác, Prudential sẽ không chấp nhận bảo hiểm, Prudential không có trách nhiệm chi trả các Quyền lợi bảo hiểm nếu xảy ra sự kiện bảo hiểm liên quan trực tiếp đến thông tin kê khai không trung thực và có quyền đơn phương đình chỉ Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ ngay sau khi phát hiện ra hành vi vi phạm của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm và thu toàn bộ kỳ phí bảo hiểm tính đến thời điểm đình chỉ, trừ đi các khoản nợ (nếu có).

7. Thay đổi liên quan đến Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ

Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Prudential bằng văn bản nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi nơi cư trú và/hoặc thay đổi nghề nghiệp trong vòng ít nhất 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày thay đổi. Trường hợp Người được bảo hiểm không còn cư trú tại Việt Nam và/hoặc thay đổi nghề nghiệp, Prudential có quyền chấm dứt Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ.



CHƯƠNG II: CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Bên mua bảo hiểm, vào thời điểm tham gia Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ, có thể lựa chọn một trong các Chương trình bảo hiểm với các Quyền lợi bảo hiểm tương ứng. Chương trình bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm lựa chọn sẽ được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm, văn bản sửa đổi, bổ sung (nếu có).

8. Chương trình bảo hiểm và Quyền lợi bảo hiểm

(Đơn vị: VNĐ)

Chương trình bảo hiểm	Chương trình Chăm sóc Nâng cao	Chương trình Chăm sóc Toàn diện	Chương trình Chăm sóc Hoàn hảo
Phạm vi địa lý	Việt Nam	Việt Nam	Đông Nam Á
Giới hạn bảo hiểm tối đa			
Quyền lợi Điều trị Nội trú	200 triệu/năm	400 triệu/năm	1 tỷ/năm
Quyền lợi Bổ sung tùy chọn	Quyền lợi Điều trị Ngoại trú	12 triệu/năm	40 triệu/năm
	Quyền lợi Chăm sóc Nha khoa	Không áp dụng	20 triệu/năm
	Quyền lợi Chăm sóc Thai sản	Không áp dụng	60 triệu/năm

9. Lựa chọn và Thay đổi Chương trình bảo hiểm

9.1 Lựa chọn Chương trình bảo hiểm

- **Đối với Chương trình Chăm sóc Nâng cao:** Bên mua bảo hiểm chỉ có thể lựa chọn Quyền lợi Điều trị Nội trú.
- **Đối với Chương trình Chăm sóc Toàn diện:** Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn (1) chỉ Quyền lợi Điều trị Nội trú; hoặc (2) Quyền lợi Điều trị Nội trú cùng với Quyền lợi Bổ sung tùy chọn bao gồm Quyền lợi Điều trị Ngoại trú và Quyền lợi Chăm sóc Nha khoa.
- **Đối với Chương trình Chăm sóc Hoàn hảo:** Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn (1) chỉ Quyền lợi Điều trị Nội trú; hoặc (2) Quyền lợi Điều trị Nội trú cùng với Quyền lợi Bổ sung tùy chọn bao gồm Quyền lợi Điều trị Ngoại trú, Quyền lợi Chăm sóc Nha khoa và Quyền lợi Chăm sóc Thai sản.

Lưu ý đối với Quyền lợi Chăm sóc Thai sản: Quyền lợi Chăm sóc Thai sản chỉ được áp dụng đối với Người được bảo hiểm là nữ trong độ tuổi từ 18 (mười tám) đến 49 (bốn mươi chín) với điều kiện tuổi của Người được bảo hiểm khi tham gia Chương trình Chăm sóc Hoàn hảo (có Quyền lợi Bổ sung tùy chọn) không quá 45 (bốn mươi lăm) tuổi.



Bảng minh họa lựa chọn các gói Quyền lợi bảo hiểm

Chương trình bảo hiểm	Chương trình Chăm sóc Nâng cao	Chương trình Chăm sóc Toàn diện		Chương trình Chăm sóc Hoàn hảo	
		(1)	(2)	(1)	(2)
Quyền lợi Điều trị Nội trú	Áp dụng	Áp dụng		Áp dụng	
Quyền lợi Bổ sung tùy chọn	Không áp dụng	Không áp dụng	Áp dụng	Không áp dụng	Áp dụng
			Không áp dụng		
			Không áp dụng		

9.2 Thay đổi Chương trình bảo hiểm

Tùy thuộc vào sự chấp thuận và quy định của Prudential, trong thời hạn Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thay đổi Chương trình bảo hiểm và/hoặc Quyền lợi bảo hiểm vào dịp Gia hạn hợp đồng hàng năm bằng cách gửi văn bản cho Prudential ít nhất 30 (ba mươi) ngày trước Ngày gia hạn Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ.

Nếu được Prudential chấp thuận, việc thay đổi Chương trình bảo hiểm và/hoặc Quyền lợi bảo hiểm sẽ có hiệu lực kể từ thời điểm nêu tại văn bản chấp thuận của Prudential. Sau khi thay đổi, các Quyền lợi bảo hiểm và phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh tương ứng với Chương trình bảo hiểm.



CHƯƠNG III: CHI TRẢ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Trong thời hạn Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ có hiệu lực, những Quyền lợi bảo hiểm được áp dụng sẽ được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm, văn bản sửa đổi, bổ sung (nếu có).

Prudential sẽ chi trả các Chi phí y tế theo các Quyền lợi bảo hiểm theo các Giới hạn phụ được quy định tại Bảng chi tiết Quyền lợi bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm phải điều trị tại Bệnh viện hoặc Phòng khám và trong Phạm vi địa lý được áp dụng đối với những quyền lợi này.

10. Quyền lợi Điều trị Nội trú

Thời gian chờ áp dụng cho Quyền lợi Điều trị Nội trú là 30 (ba mươi) ngày, ngoại trừ Tai nạn hoặc các Thời gian chờ khác được quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ.

Quyền lợi gia tăng

- Trong trường hợp Giới hạn bảo hiểm tối đa cho Quyền lợi Điều trị Nội trú đã được chi trả hết, Người được bảo hiểm có thể tiếp tục được hưởng tối đa đến 100% Giới hạn bảo hiểm tối đa của Quyền lợi Điều trị Nội trú cho việc nằm viện mà không liên quan đến hoặc không phải là do biến chứng của một nguyên nhân nằm viện trước đó.
- Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm Đồng chi trả 30% trên Chi phí y tế thực tế.
- Trong trường hợp Prudential không phải là bên chi trả Quyền lợi bảo hiểm đầu tiên, Prudential sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế trừ đi các khoản đã được chi trả theo các chương trình bảo hiểm khác, như là bảo hiểm y tế nhà nước hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe cho nhân viên theo nhóm. Số tiền được chi trả, trong mọi trường hợp, sẽ không vượt quá 70% Chi phí y tế thực tế.
- Các Giới hạn phụ về số ngày, số lần được thể hiện trên Bảng chi tiết Quyền lợi bảo hiểm sẽ được áp dụng lại từ đầu cho Quyền lợi gia tăng này.
- Quyền lợi gia tăng này được áp dụng một lần duy nhất cho một Năm hiệu lực mà không phát sinh phí bảo hiểm bổ sung và không được cộng dồn qua Năm hiệu lực tiếp theo.



Bảng chi tiết Quyền lợi Điều trị Nội trú (Đơn vị: VNĐ)

Chương trình bảo hiểm	Chương trình Chăm sóc Nâng cao	Chương trình Chăm sóc Toàn diện	Chương trình Chăm sóc Hoàn hảo
Giới hạn bảo hiểm tối đa hàng năm	200 triệu/năm	400 triệu/năm	1 tỷ/năm
Quyền lợi gia tăng	Trong trường hợp Giới hạn bảo hiểm tối đa hàng năm cho Điều trị Nội trú đã được chi trả hết, Người được bảo hiểm có thể tiếp tục được hưởng tối đa đến 100% Giới hạn bảo hiểm tối đa hàng năm mà không phải đóng bất kì phí bảo hiểm bổ sung nào theo các điều kiện áp dụng.		
Điều trị ung thư Thời gian chờ 90 (chín mươi) ngày	Theo chi phí thực tế	Theo chi phí thực tế	Theo chi phí thực tế
CÁC GIỚI HẠN PHỤ			
Giới hạn phụ	100 triệu/Đợt nằm viện	200 triệu/Đợt nằm viện	250 triệu/Đợt nằm viện
Chi phí Giường và Phòng Tối đa 80 (tám mươi) ngày/năm	1,25 triệu/ngày	2 triệu/ngày	6 triệu/ngày
Phụ cấp nằm viện tại Bệnh viện công (*) bao gồm trong Giới hạn phụ đối với chi phí Giường và Phòng ở trên Áp dụng đối với việc Điều trị Nội trú tại Việt Nam từ 3 (ba) ngày trở lên, tối đa 30 (ba mươi) ngày/năm	250 ngàn/ngày (*)	500 ngàn/ngày (*)	1 triệu/ngày (*)
Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU) Tối đa 30 (ba mươi) ngày/năm	2 triệu/ngày	4 triệu/ngày	12 triệu/ngày
Chi phí giường dành cho thân nhân Tối đa 30 (ba mươi) ngày/năm	625 ngàn/ngày	1 triệu/ngày	2,5 triệu/ngày
Chi phí phẫu thuật	25 triệu/Đợt nằm viện	50 triệu/Đợt nằm viện	100 triệu/Đợt nằm viện



Chi phí Điều trị trước khi nhập viện Trong vòng 30 (ba mươi) ngày trước khi nhập viện	Theo chi phí thực tế	Theo chi phí thực tế	Theo chi phí thực tế
Chi phí y tế nội trú khác	Theo chi phí thực tế	Theo chi phí thực tế	Theo chi phí thực tế
Chi phí Điều trị sau khi xuất viện Trong vòng 60 (sáu mươi) ngày sau khi xuất viện, tối đa 5 (năm) lần/năm	Theo chi phí thực tế	Theo chi phí thực tế	Theo chi phí thực tế
Chi phí Dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà Tối đa 10 (mười) ngày/năm	250 ngàn/ngày	500 ngàn/ngày	1 triệu/ngày
Chi phí cấy ghép nội tạng Thời gian chờ 90 (chín mươi) ngày 1 (một) lần duy nhất trọn đời	50 triệu/lần ghép cho Người được bảo hiểm	175 triệu/lần ghép cho Người được bảo hiểm	500 triệu/lần ghép cho Người được bảo hiểm
	25 triệu/lần ghép cho người hiến tạng		
Chi phí tái tạo tuyến vú sau đoạn nhũ Đối với ung thư vú	Không áp dụng		30 triệu/lần duy nhất trọn đời
CÁC QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ ĐẶC BIỆT			
Chi phí Phẫu thuật trong ngày	3,5 triệu/năm	10 triệu/năm	50 triệu/năm
Chi phí lọc thận (chạy thận)	Không áp dụng	10 triệu/năm	50 triệu/năm
Chi phí cấp cứu do Tai nạn	3,5 triệu/Tai nạn	4 triệu/Tai nạn	15 triệu/Tai nạn
Chi phí điều trị nha khoa cấp cứu do Tai nạn	Không áp dụng	4 triệu/Tai nạn	15 triệu/Tai nạn
Chi phí xe cứu thương trong nước	3,75 triệu/năm	4 triệu/năm	15 triệu/năm
Kính nội nhãn đa tiêu cự	Không áp dụng		5 triệu/mắt Tối đa 2 (hai) mắt trọn đời



Biến chứng thai sản Thời gian chờ 270 (hai trăm bảy mươi) ngày	15 triệu/năm	40 triệu/năm	60 triệu/năm
--	--------------	--------------	--------------

11. Quyền lợi Bổ sung tùy chọn – Điều trị Ngoại trú, Chăm sóc Nha khoa và Chăm sóc Thai sản

11.1 Quyền lợi Điều trị Ngoại trú

Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm Đồng chi trả 20% cho mỗi Lần khám tại Bệnh viện tư/Phòng khám tư.

Thời gian chờ áp dụng cho Quyền lợi Điều trị Ngoại trú là 30 (ba mươi) ngày ngoại trừ Tai nạn hoặc các Thời gian chờ khác được quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ.

Bảng chi tiết Quyền lợi Điều trị Ngoại trú (Đơn vị: VNĐ)

Chương trình bảo hiểm	Chương trình Chăm sóc Nâng cao	Chương trình Chăm sóc Toàn diện	Chương trình Chăm sóc Hoàn hảo
Giới hạn bảo hiểm tối đa hàng năm	Không áp dụng	12 triệu/năm	40 triệu/năm
		Áp dụng 20% Đồng chi trả cho mỗi Lần khám tại Bệnh viện tư/Phòng khám tư Không áp dụng Đồng chi trả cho mỗi Lần khám tại Bệnh viện công/Phòng khám công	
CÁC GIỚI HẠN PHỤ			
Giới hạn/Lần khám	Không áp dụng	1,5 triệu/Lần khám Tối đa 8 (tám) Lần khám/năm	5 triệu/Lần khám Tối đa 8 (tám) Lần khám/năm
Chi phí khám của Bác sỹ		Theo chi phí thực tế	Theo chi phí thực tế
Chi phí Thuốc điều trị		625 ngàn/Lần khám	1 triệu/Lần khám
Chi phí X-quang và các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm		1 triệu/Lần khám	2 triệu/Lần khám



Chi phí xét nghiệm khác chỉ định bởi Bác sỹ để chẩn đoán hoặc điều trị		Theo chi phí thực tế	Theo chi phí thực tế
Vật lý trị liệu		1 triệu/năm	2 triệu/năm

11.2 Quyền lợi Chăm sóc Nha khoa

Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm Đồng chi trả 20% cho mỗi Lần khám tại Bệnh viện tư/Phòng khám tư.

Quyền lợi Chăm sóc Nha khoa bao gồm:

- a) Quyền lợi Giai đoạn 1 (một) - Chi phí y tế dự phòng: tối đa 2 (hai) lần trong 1 (một) năm
- Khám và xét nghiệm kiểm tra
 - X-quang
 - Nhổ răng bệnh lý (không cần phẫu thuật)

Thời gian chờ áp dụng cho Quyền lợi Giai đoạn 1 (một) là 30 (ba mươi) ngày hoặc các Thời gian chờ khác được quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ.

- b) Quyền lợi Giai đoạn 2 (hai) – Điều trị bảo tồn
- Điều trị nha chu, viêm nướu
 - Trám răng (amalgam, resin, composite hoặc các chất liệu tương đương) - tối đa 2 (hai) răng trong 1 (một) năm
 - Phẫu thuật nhổ răng bệnh lý - tối đa 2 (hai) răng trong 1 (một) năm

Thời gian chờ áp dụng cho Quyền lợi Giai đoạn 2 (hai) là 180 (một trăm tám mươi) ngày hoặc các Thời gian chờ khác được quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ.

- c) Quyền lợi Giai đoạn 3 (ba) – Điều trị phục hình răng
- Chữa tủy răng - tối đa 2 (hai) tủy răng trong 1 (một) năm
 - Bọc răng hoặc cắm implant - tối đa 2 (hai) răng trong 1 (một) năm



Thời gian chờ áp dụng cho Quyền lợi Giai đoạn 3 (ba) là 365 (ba trăm sáu mươi lăm) ngày hoặc các Thời gian chờ khác được quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ.

Bảng chi tiết Quyền lợi Chăm sóc Nha khoa (Đơn vị: VNĐ)

Chương trình bảo hiểm	Chương trình Chăm sóc Nâng cao	Chương trình Chăm sóc Toàn diện	Chương trình Chăm sóc Hoàn hảo
Giới hạn bảo hiểm tối đa hàng năm	Không áp dụng	5 triệu/năm	20 triệu/năm
		Áp dụng 20% Đồng chi trả cho mỗi Lần khám tại Bệnh viện tư/Phòng khám tư Không áp dụng Đồng chi trả cho mỗi Lần khám tại Bệnh viện công/Phòng khám công	
CÁC GIỚI HẠN PHỤ			
Quyền lợi giai đoạn 1: Chi phí y tế dự phòng	Không áp dụng	600 ngàn/Lần khám	2 triệu/Lần khám
Quyền lợi giai đoạn 2: Điều trị bảo tồn		Theo chi phí thực tế	Theo chi phí thực tế
Quyền lợi giai đoạn 3: Điều trị phục hình răng		Không áp dụng	Theo chi phí thực tế

11.3 Quyền lợi Chăm sóc Thai sản

Quyền lợi Chăm sóc Thai sản chỉ được áp dụng đối với Người được bảo hiểm là nữ trong độ tuổi từ 18 (mười tám) đến 49 (bốn mươi chín) với điều kiện tuổi của Người được bảo hiểm khi tham gia Chương trình Chăm sóc Hoàn hảo (có Quyền lợi Bổ sung tùy chọn) không quá 45 (bốn mươi lăm) tuổi. Quyền lợi Chăm sóc Thai sản này chỉ áp dụng với 1 (một) kỳ thai sản cho mỗi Năm hiệu lực.



Thời gian chờ áp dụng cho Quyền lợi Chăm sóc Thai sản là 270 (hai trăm bảy mươi) ngày hoặc các Thời gian chờ khác được quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ.

Bảng chi tiết Quyền lợi Chăm sóc Thai sản (Đơn vị: VND)

Giới hạn bảo hiểm tối đa hàng năm	60 triệu/năm
CÁC GIỚI HẠN PHỤ	
Chi phí Sinh thường	30 triệu/năm
Chi phí Sinh mổ hoặc sinh có hỗ trợ (sử dụng giác hút hoặc kẹp forceps)	60 triệu/năm
Chi phí Giường và Phòng Tối đa 30 (ba mươi) ngày/năm	3 triệu/ngày
Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU) Tối đa 30 (ba mươi) ngày/năm	6 triệu/ngày
Chi phí khám trước và sau sinh Tối đa 15 (mười lăm) ngày/năm	3 triệu/ngày
Chi phí dưỡng nhi Trong vòng 7 (bảy) ngày kể từ ngày sinh, tối đa 15 (mười lăm) ngày/năm	3 triệu/ngày

12. Loại trừ bảo hiểm

Prudential sẽ không giải quyết bất cứ Chi phí y tế/Quyền lợi bảo hiểm nào cho Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ phát sinh từ, liên quan đến hay là hậu quả của các trường hợp sau đây:

- (1) Tình trạng tồn tại trước không được khai báo hoặc Tình trạng tồn tại trước có khai báo nhưng bị Prudential từ chối bằng văn bản tại thời điểm thẩm định;
- (2) Bệnh di truyền/Dị tật bẩm sinh, xét nghiệm hoặc tư vấn liên quan đến di truyền;
- (3) Khám và/hoặc điều trị liên quan tình trạng bất lực, xuất tinh sớm, hỗ trợ sinh sản (bao gồm điều trị vô sinh, thụ tinh nhân tạo, thụ tinh ống nghiệm, cấy truyền phôi thai); các phương pháp kế hoạch hóa gia đình (bao gồm tránh thai, triệt sản), phá thai mà lý do không liên quan đến chỉ định của Bác sỹ;
- (4) Tất cả các thăm khám, điều trị liên quan đến thai sản, sinh đẻ (bao gồm Sinh thường hoặc Sinh mổ), các biến chứng thai sản khác không được bảo hiểm theo Quyền lợi Điều trị Nội trú trừ trường hợp Người được bảo hiểm có Quyền lợi Chăm sóc Thai sản;
- (5) Điều trị giảm nhẹ các triệu chứng phổ biến liên quan đến quá trình lão hóa, mãn kinh, tiền mãn kinh mà không do Bệnh hoặc Thương tích;
- (6) Tình trạng nhiễm virus HIV, Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), bệnh hoa liễu và các bệnh lây truyền qua đường tình dục, kể cả các biến chứng của Bệnh và các tác dụng phụ của việc điều trị Bệnh;



- (7) Điều trị liên quan đến các vấn đề tình dục kể cả rối loạn chức năng tình dục; hoặc các phương pháp điều trị liên quan việc chuyển đổi giới tính bao gồm phẫu thuật, điều trị thuốc, tâm lý trị liệu kể cả các dịch vụ tương tự phát sinh liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến quá trình điều trị;
- (8) Điều trị thẩm mỹ hoặc điều trị liên quan đến da như mụn trứng cá, tàn nhang, nám da, khiếm khuyết sắc tố da, mụn thịt dư, gàu hoặc phẫu thuật thẩm mỹ bao gồm các điều trị liên quan đến lần phẫu thuật thẩm mỹ trước đó; hoặc phẫu thuật tạo hình ngoại trừ trường hợp thương tật gây ra bởi Tai nạn và việc phẫu thuật tạo hình là cần thiết để khôi phục lại chức năng ban đầu của cơ quan bị tổn thương. Trường hợp điều trị tái tạo tuyến vú sau phẫu thuật đoạn nhũ do Bệnh sẽ không bị loại trừ nếu Người được bảo hiểm có quyền lợi tương ứng;
- (9) Điều trị các tình trạng bất thường của thị lực, lác (lé) mắt, tật khúc xạ, bao gồm nhưng không giới hạn viễn thị, cận thị, chi phí kính đeo mắt, kính sát tròng, phẫu thuật Lasik và tất cả các chi phí liên quan đến phương pháp điều trị trực quang;
- (10) Chăm sóc hoặc điều trị liên quan đến nha khoa bao gồm răng và nướu răng không do Tai nạn gây ra trừ trường hợp Người được bảo hiểm có Quyền lợi Chăm sóc Nha khoa tương ứng;
- (11) Điều trị liên quan đến giấc ngủ bao gồm mất ngủ, ngủ ngáy, ngưng thở khi ngủ và các tình trạng mệt mỏi do rối loạn giấc ngủ sau các chuyến bay kéo dài;
- (12) Điều trị liên quan đến giảm cân, béo phì, bao gồm nhưng không giới hạn bởi điều trị loại bỏ mỡ hoặc các mô khỏe mạnh từ bất kì bộ phận nào của cơ thể;
- (13) Điều trị hoặc các phương pháp trị liệu khác liên quan đến chứng nghiện hoặc lạm dụng thuốc, thuốc lá, rượu hoặc bất kì chất gây nghiện, chất kích thích thần kinh nào;
- (14) Điều trị liên quan đến các rối loạn thần kinh, rối loạn tâm thần bao gồm nhưng không giới hạn như căng thẳng, lo âu, trầm cảm, tự kỷ, tăng động giảm chú ý, các rối loạn phát triển tâm thần và thể chất, rối loạn giao tiếp, rối loạn hành vi; các rối loạn cảm giác ăn liên quan chán ăn, nghiện ăn;
- (15) Điều trị các tình trạng phát sinh liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến tự tử, mưu toan tự tử, cố ý gây thương tích dù trong trạng thái tinh táo hay mất trí hoặc bất kì Thương tích nào phát sinh khi Người được bảo hiểm đang chịu ảnh hưởng từ chất có cồn, chất gây nghiện, chất gây mê, chất kích thích;
- (16) Bất kì tổn thất hoặc Thương tích nào phát sinh từ việc gây gỗ, ẩu đả (ngoại trừ trường hợp phòng vệ chính đáng) hoặc tham gia góp phần trong việc khởi xướng và/hoặc lôi kéo gây gỗ, ẩu đả; hoặc khi đang thực hiện hành vi vi phạm pháp luật hoặc đang bị bắt giữ, trong thời gian giam giữ hoặc trốn thoát khỏi sự bắt giữ;
- (17) Thương tích hoặc Bệnh phát sinh từ việc tham gia vào bất kì hình thức thể thao chuyên nghiệp nào (là hình thức thể thao mà Người được bảo hiểm được nhận tiền lương hoặc các bồi hoàn bằng tiền, bao gồm các khoản chu cấp hoặc tài trợ) hoặc Thương tích hoặc Bệnh phát sinh từ việc tham gia vào các môn thể thao hoặc hoạt động nguy hiểm như săn bắn, đua xe các loại (bao gồm xe hơi, thuyền, và đua ngựa), trượt nước, trượt tuyết, trượt băng, trượt ván, đấm bốc,



nhảy dù (ngoại trừ do nguy cấp đến tính mạng), di chuyển lên hoặc bằng khinh khí cầu, bay lượn, nhảy bungee, leo núi có thiết bị hỗ trợ, lặn có sử dụng bình oxy và các thiết bị hỗ trợ hô hấp dưới nước;

- (18) Mất mát phát sinh từ việc lên khoang, rời khoang máy bay hoặc di chuyển với tư cách là một hành khách trên máy bay không được cấp phép để chở hành khách hoặc không đăng ký hoạt động như một máy bay thương mại hoặc phát sinh khi đang làm việc với tư cách phi hành đoàn trên bất kì máy bay nào;
- (19) Trong khi đang thực hiện nghĩa vụ với tư cách là thành viên của lực lượng vũ trang, cảnh sát, tình nguyện viên hoặc lực lượng dân phòng trong chiến đấu hoặc trấn áp tội phạm;
- (20) Điều trị cho bất kì tình trạng nào là hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của chiến tranh, các hành vi thù địch ngoại bang (dù chiến tranh có được tuyên bố hay không), nội chiến, cách mạng, nổi loạn, bạo động dân sự, bạo loạn, mưu toan lật đổ chính quyền hoặc bất kì hành vi khủng bố nào;
- (21) Điều trị của bất kì tình trạng nào là hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của ô nhiễm hóa học hoặc sinh học dù bị gây ra bởi bất kì nguyên nhân nào, hoặc nhiễm phóng xạ từ bất kì nguồn nào, hoặc bệnh bụi phổi, bao gồm bất kì chi phí gây ra bởi hoặc góp phần bởi một hành vi chiến tranh hoặc khủng bố;
- (22) Thương tích hoặc Bệnh là hậu quả của việc thực hiện hoặc mưu toan thực hiện các hành vi phạm tội hoặc vi phạm pháp luật của Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc Bên mua bảo hiểm;
- (23) Việc khám sức khỏe tổng quát, kiểm tra sức khỏe định kỳ hoặc thực hiện các xét nghiệm tầm soát kể cả việc tiêm phòng và tiêm miễn dịch;
- (24) Việc thăm khám, kiểm tra, xét nghiệm và điều trị Bệnh hoặc Thương tích không phải là Dịch vụ y tế cần thiết và không phải là Mức chi phí y tế hợp lý và thông thường;
- (25) Tất cả các thăm khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh trong thời gian nằm viện nội trú chỉ nhằm phục vụ cho mục đích tầm soát bệnh hoặc điều trị Vật lý trị liệu;
- (26) Các công nghệ/quy trình/liệu pháp điều trị y tế thử nghiệm và/hoặc không chính thống; hoặc các Thuốc điều trị/dược phẩm/liệu pháp tế bào gốc mới chưa được phê chuẩn bởi chính phủ, các cơ quan có thẩm quyền liên quan và hiệp hội y tế được công nhận tại nước sở tại;
- (27) Y học thay thế.



CHƯƠNG IV: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

13. Thủ tục giải quyết Quyền lợi bảo hiểm

13.1 Hồ sơ yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm hợp lệ theo quy định của Prudential bao gồm:

a) Đối với Điều trị Nội trú

- Giấy yêu cầu bồi thường
- Bản sao chứng từ y tế:
 - Giấy ra viện;
 - Giấy chứng nhận phẫu thuật trong trường hợp có phẫu thuật/thủ thuật;
 - Chỉ định và các kết quả cận lâm sàng (xét nghiệm máu, siêu âm, X-quang và các xét nghiệm tương tự khác);
 - Tóm tắt bệnh án;
 - Toa thuốc/Chỉ định tái khám sau xuất viện;
 - Báo cáo y khoa có thể hiện nguyên nhân bệnh lý (nếu có);
- Bản gốc chứng từ thanh toán:
 - Hóa đơn tài chính theo quy định, biên lai, phiếu thu (nếu có);
 - Bảng kê chi tiết viện phí.

b) Đối với Điều trị Ngoại trú

- Giấy yêu cầu bồi thường
- Bản sao chứng từ y tế:
 - Chứng nhận bệnh lý có chẩn đoán bệnh;
 - Toa thuốc/sổ khám bệnh có chẩn đoán và chỉ định điều trị;
 - Chỉ định và các kết quả cận lâm sàng (xét nghiệm máu, siêu âm, X-quang và các xét nghiệm tương tự khác);
 - Chỉ định thủ thuật/phẫu thuật (nếu có);
 - Lịch trình điều trị (nếu có).
- Bản gốc chứng từ thanh toán:
 - Hóa đơn tài chính theo quy định, biên lai, phiếu thu (nếu có);
 - Bảng kê chi tiết chi phí điều trị.

c) Đối với điều trị Nha khoa

- Giấy yêu cầu bồi thường
- Bản sao chứng từ y tế:
 - Toa thuốc/sổ khám bệnh có chẩn đoán và chỉ định điều trị;



- Chỉ định và kết quả cận lâm sàng (xét nghiệm máu, siêu âm, X-quang và các xét nghiệm tương tự khác);
- Phiếu điều trị răng (có số răng bệnh lý điều trị, phương pháp điều trị);
- Bản gốc chứng từ thanh toán:
 - Hóa đơn tài chính theo quy định, biên lai, phiếu thu (nếu có);
 - Bảng kê chi tiết chi phí điều trị.

d) Đối với Tai nạn

- Giấy yêu cầu bồi thường
- Chứng từ y tế và chứng từ thanh toán: Như liệt kê tại mục a), b), c)
- Bản tường trình tai nạn:
 - Tai nạn sinh hoạt: Cung cấp bản gốc tường trình có xác nhận của chính quyền hoặc bản sao biên bản kết luận điều tra của công an (nếu có cơ quan công an tham gia);
 - Tai nạn lao động: Cung cấp bản sao biên bản tai nạn lao động hoặc bản gốc tường trình tai nạn có xác nhận của cơ quan/công ty;
 - Tai nạn giao thông: Cung cấp bản gốc tường trình tai nạn hoặc bản sao biên bản kết luận điều tra (nếu có cơ quan công an tham gia). Cung cấp giấy tờ đăng ký xe và giấy phép lái xe trường hợp người được bảo hiểm bị tai nạn trong khi điều khiển xe cơ giới trên 50cc.

13.2 Nếu Người được bảo hiểm đã được chương trình bảo hiểm khác bao gồm bảo hiểm y tế nhà nước chi trả một phần quyền lợi bảo hiểm và yêu cầu Prudential chi trả phần còn lại, người nhận Quyền lợi bảo hiểm có thể nộp cho Prudential bản sao các chứng từ y tế và hóa đơn có công chứng hợp pháp cùng với xác nhận từ công ty bảo hiểm về thông tin chi trả Quyền lợi bảo hiểm liên quan đến quyền lợi và số tiền bảo hiểm đã được chi trả một phần.

13.3 Prudential có quyền yêu cầu người nhận Quyền lợi bảo hiểm cung cấp các giấy tờ, hoặc bằng chứng bổ sung khác nhằm tạo điều kiện để Prudential hoàn tất thủ tục thanh toán Quyền lợi bảo hiểm. Chi phí cho việc cung cấp các giấy tờ, bằng chứng bổ sung sẽ do Prudential chịu trách nhiệm chi trả theo hóa đơn, chứng từ thanh toán hợp lệ.

13.4 Trong trường hợp tranh chấp liên quan đến yêu cầu chi trả bồi thường bảo hiểm, Prudential bảo lưu quyền yêu cầu cung cấp thêm các tài liệu hoặc bằng chứng bổ sung để trợ giúp cho việc giải quyết Quyền lợi bảo hiểm. Mọi chi phí liên quan đến việc cung cấp các tài liệu bổ sung sẽ do Prudential chịu trách nhiệm chi trả theo hóa đơn, chứng từ thanh toán hợp lệ. Người hưởng Quyền lợi hợp đồng phải tuân theo những kết quả/bằng chứng cuối cùng này.

13.5 Prudential bảo lưu quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận Quyền lợi bảo hiểm thực hiện công chứng, chứng thực, hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bằng chứng (bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt) như quy định tại Điều 13.1. Chi phí cho việc



cung cấp các giấy tờ này sẽ do Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận Quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm thanh toán. Nếu chứng từ cần phải nộp có ngôn ngữ khác với tiếng Việt hoặc tiếng Anh, Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận Quyền lợi bảo hiểm phải tự chịu chi phí dịch thuật sang tiếng Việt hoặc tiếng Anh và chứng thực các chứng từ đó trước khi nộp cho Prudential.

14. Thời hạn yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm

Thời hạn yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm là trong vòng 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày xuất viện hoặc ngày bắt đầu Điều trị Ngoại trú hoặc ngày bắt đầu điều trị Nha khoa. Nếu vì một lý do nào đó mà Bên mua bảo hiểm hoặc người nhận Quyền lợi bảo hiểm không thể nộp hồ sơ yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm theo thời hạn trên thì hồ sơ yêu cầu bồi thường phải được nộp trong vòng 12 (mười hai) tháng kể từ ngày xảy ra các sự kiện bảo hiểm.

15. Thời hạn giải quyết Quyền lợi bảo hiểm

Prudential có trách nhiệm giải quyết Quyền lợi bảo hiểm trong vòng 30 (ba mươi) ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ mà Prudential yêu cầu như được thể hiện tại Điều 13 của Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ.



PHỤ LỤC

DANH SÁCH BỆNH ĐẶC BIỆT

Bất kì bệnh nào dưới đây (bao gồm các biến chứng), bất kể Người được bảo hiểm có nhận biết hay không:

- Các loại thoát vị;
- Các loại u, bướu, nang, polyp lành tính;
- Lao;
- Hen phế quản;
- Các bệnh lý liên quan Amidan bao gồm Amidan vòm (VA);
- Vẹo vách ngăn mũi, các tình trạng bất thường khác của xoang mũi, vách ngăn mũi và xoăn mũi;
- Bệnh lý tuyến giáp;
- Bệnh lý tim và mạch máu;
- Tăng huyết áp;
- Đái tháo đường;
- Trĩ, rò hậu môn, nứt hậu môn;
- Sỏi hệ mật bao gồm sỏi gan;
- Sỏi hệ niệu;
- Loét dạ dày, loét tá tràng;
- Đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, mộng thịt mắt;
- Phì đại tiền liệt tuyến, u xơ tử cung, lạc nội mạc tử cung, u nang buồng trứng;
- Thoát vị đĩa đệm hoặc lỗi đĩa đệm;
- Thoái hóa khớp, thoái hóa cột sống, bệnh Gout.