

مدارک مورد نیاز جهت پرداخت خسارت درمان تکمیلی به کلیه بیمه شدگان

🚩 مدارک مورد نیاز جهت پرداخت خسارات پاراکلینیکی:

➤ کلیه هزینه های سرپایی اعم از سونوگرافی، سی تی اسکن، ام آر ای، رادیولوژی، آزمایشات و...

- ✓ دستور پزشک خوانا ممهور به مهر پزشک در برگه دفترچه بیمه و یا در سربرگ معتبر پزشک
- ✓ اصل صورتحساب ممهور به مهر مرکز درمانی مربوطه دارای آدرس و شماره تماس معتبر مرکز با ذکر نام پزشک درخواست کننده
- ✓ کپی گزارش (REPORT)

نکته: کلیه خدمات پاراکلینیکی که در مطب توسط پزشک معالج انجام می گردد، از جمله: اکو، نوار قلب و ... با ارائه صورتحساب و جواب قابل پرداخت می باشد.

➤ هزینه های ویزیت (پزشک عمومی، متخصص، فوق تخصص و کارشناس پروانه دار)

- ✓ گواهی پزشک با مهر، امضاء، تاریخ و نام بیمار در سربرگ معتبر پزشک معالج و یا در دفترچه بیمه پایه.
- نکته: ویزیت هایی که در روی صفحات مربوط به اقدامات آزمایشگاهی و تصویربرداری یا پشت آن صفحات نوشته شود قابل پرداخت نمی باشد.

➤ هزینه های عینک

- ✓ برگه دستور چشم پزشک یا اپتومتریست و پرینت کامپیوتری نمره هر چشم (مهر و تاریخ داشته باشد).
- ✓ اصل صورتحساب خرید عینک طبی ممهور به مهر مرکز مربوطه دارای آدرس و شماره تماس معتبر.
- تذکر: در صورت مراجعه گروهی یا خانوادگی بیمه شدگان، پرداخت خسارت منوط به معاینه توسط چشم پزشک معتمد بیمه گر خواهد بود و یا در صورت نیاز می بایست رسید دستگاه POS بانکی مربوط به مرکز خرید عینک ارسال گردد.

➤ هزینه های سمعک

- ✓ برگه ادیومتری توسط ادیومتریست گزارش PTA کامل
- ✓ دستور پزشک مبنی بر استفاده از سمعک توسط متخصص گوش و حلق و بینی یا دستور پزشک مبنی بر تجویز سمعک
- ✓ اصل صورتحساب خرید سمعک (نام و مشخصات کامل کالا، کد اقتصادی همراه با آدرس و شماره تلفن، شرح مدل، شماره سریال، تعداد قیمت واحد) در صورتحساب درج شده باشد که صورتحساب می بایست به تأیید متخصص ENT و یا ادیومتریست برسد.
- ✓ برگه گارانتی سمعک

➤ هزینه های فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی و کلیه درمان های دوره ای

- ✓ دستور پزشک متخصص مربوطه با ذکر نوع بیماری، تعداد جلسات، نام و نام خانوادگی و تاریخ
- ✓ اصل فاکتور ممهور به مهر مرکز درمانی با ذکر تعداد جلسات و تاریخ های مراجعه
- در صورت دریافت خدمت بیش از ده جلسه ارائه مستندات تکمیلی اعم از گزارش MRI ، CT Scan ، سوابق بیماری و اخذ تاییدیه پزشک معتمد بیمه گر الزامیست.

➤ هزینه های دندانپزشکی

کلیه نسخ جهت تایید بایستی بر روی سر نسخه آدرس دار دندانپزشک با مهر و امضاء و تاریخ باشد. شماره دندان و هزینه پرداخت شده به تفکیک خدمت و تاریخ خدمت مشخص شده باشد.

❖ مدارک مورد نیاز جهت خدمات دندانپزشکی:

- ✓ ترمیم بیش از سه دندان نیاز به عکس قبل و بعد دارد.
- ✓ بیلدآپ نیاز به عکس قبل و بعد از انجام خدمت دارد.
- ✓ درمان ریشه (عصب کشی) دندان در تمام موارد نیاز به عکس قبل و بعد دارد.

مدارک مورد نیاز جهت پرداخت خسارت درمان تکمیلی به کلیه بیمه شدگان

- ✓ پروتزه‌های ثابت اعم از روکشها، بریج و پست نیاز به گرافی قبل و بعد از انجام خدمت دارد.
- ✓ پروتزه‌های متحرک فک بالا و پایین (پارسیل و کامل) نیاز به ارائه گرافی قبل و بعد از درمان و اخذ تاییدیه دندانپزشک معتمد بعد از درمان دارد.
- ✓ جراحی لثه نیاز به ارائه فتوگرافی و opg قبل و بعد از انجام خدمت و اخذ تاییدیه دندانپزشک معتمد بعد از درمان دارد.
- ✓ S.M (فضا نگهدارنده ها) در اطفال نیاز به ارائه گرافی قبل و بعد از انجام خدمت دارد.
- ✓ ارتودنسی صرفاً در صورتی که در قرارداد ذکر شده باشد جهت بیمه شدگان کمتر از ۱۴ سال و طبق شرایط بیمه نامه قابل بررسی می باشد. لازم به ذکر است قبل از ارتودنسی معاینه پزشک معتمد شرکت بیمه و ارائه عکس های قبل و بعد از اقدام الزامی می باشد، در غیر این صورت قابل رسیدگی نخواهد بود.

❖ مدارک مورد نیاز جهت هزینه های مربوط به فک و صورت

کلیه اعمال جراحی فک و صورت نیاز به عکس قبل و بعد از درمان دارد. بجز فونکتومی، درمان درای ساکت و بیوپسی.

❖ هزینه های مربوط به ایمپلنت

- ✓ عکس قبل و بعد
- ✓ فاکتور خرید فیکسچر
- ✓ لیبل فیکسچر

❖ هزینه های روکش روی ایمپلنت

- ✓ عکس قبل و بعد
- ✓ فاکتور خرید لیبل

❖ هزینه های پودر استخوان

- ✓ لیبل پودر استخوان
- ✓ فاکتور خرید

نکته ۱: در صورت عدم ارائه فاکتور خرید ایمپلنت و پودر استخوان توسط دندانپزشک معالج، ارائه گواهی با درج مبلغ خریداری شده موارد مذکور الزامی است.

نکته ۲: لازم به ذکر است در قسمت ملاحظات تعرفه های درمانی مدارک مورد نیاز جهت تایید نسخ دندانپزشکی به صورت کامل درج گردیده است. همچنین کودکان زیر ۷ سال و خانمهای باردار نیاز به ارسال رادیوگرافی ندارند و صرفاً با معاینه و تایید دندانپزشک معتمد ارائه خدمات امکانپذیر می گردد.

*در هر مرحله از درمان دندانپزشک معتمد شرکت بیمه گر در صورت لزوم می تواند از بیمه شده دعوت به معاینه به عمل آورد.

➤ مدارک مورد نیاز جهت جبران هزینه رادیوتراپی:

- ✓ اصل صورت حساب مرکز رادیوتراپی، مهمور به مهر مرکز.
- ✓ گزارش تصویر برداری یا پاتولوژی که نشان دهنده تومور باشد،
- ✓ گزارش رادیوتراپی شامل : تعداد جلسات رادیوتراپی، تعداد شانهای رادیوتراپی، فیلد درمانی، دوز اشعه به تفکیک جلسات.
- ✓ ارائه طرح درمان توسط رادیوتراپیست

➤ مدارک مورد نیاز جهت جبران هزینه های شیمی درمانی :

- ✓ صورت حساب مرکز شیمی درمانی مبنی بر تعداد جلسات شیمی درمانی و داروهای مورد استفاده، مهمور به مهر پزشک مربوطه، گواهی جداگانه به تفکیک جلسات.
- ✓ نسخه دارویی با تجویز فوق تخصص انکولوژی
- ✓ ارائه گزارش پاتولوژی

➤ مدارک مورد نیاز جهت جبران هزینه های پروتز:

مدارک مورد نیاز جهت پرداخت خسارت درمان تکمیلی به کلیه بیمه شدگان

- ✓ ارائه اصل فاکتور به همراه کد اقتصادی معتبر و آدرس و شماره تماس مرکز
- ✓ تاییدیه پزشک معالج متخصص مربوطه مانند جراحان مغز و اعصاب - ارتوپدی - جراحان عمومی
- ✓ ارائه شرح عمل به همراه الصاق برچسب پروتز در خصوص پروتز مصرفی حین عمل.

✚ مدارک مورد نیاز جهت پرداخت خسارات بیمارستانی:

➤ پرونده خسارت بیمارستان خصوصی (انصراف کتبی بیمه شده از دریافت سهم بیمه پایه):

- ✓ اصل صورتحساب مرکز درمانی (کلیه خدمات ارائه شده در آن مرکز به بیمار)
- ✓ اصل صورتحساب پزشکان.
- ✓ برگه دستورات پزشک معالج از تاریخ بستری تا ترخیص - ویزیت های روزانه پزشکان با مهر و امضا.
- ✓ اصل گواهی پزشکان معالج مبنی بر نام بیمار و علت بستری و یا ویزیت بیمار ممهور به مهر و امضا.
- ✓ اصل یا کپی برابر اصل برگه شرح عمل ممهور به مهر و امضا جراح و کمک جراح.
- ✓ اصل گواهی جراح و کمک جراح با مهر و امضا.
- ✓ اصل گواهی متخصص بیهوشی و برگه بیهوشی اتاق عمل با مهر و امضاء متخصص بیهوشی.
- ✓ اصل نسخ دارویی، لوازم مصرفی و اصل فاکتور پروتزها، داروخانه ها و یا کپی برابر اصل فاکتور خرید کلی بیمارستان ممهور به مهر داروخانه و بیمارستان جهت پروتزها و لوازم مصرفی (درخصوص نسخ دارویی و لوازم مصرفی لیست رایانه ای ممهور به مهر پزشک معالج و مسئول اطاق عمل و متخصص بیهوشی نیز قابل قبول می باشد).
- ✓ لیست آزمایشات، پرتوپذشکی ها، توانبخشی، نوارنگاری ها و پاتولوژی انجام شده ممهور به مهر بخش های مربوطه به همراه گزارشات آنها.

تبصره: عطف بر لیست هزینه های مندرج در صورتحساب، الزامیست مدارک لازمه هر هزینه پیوست صورتحساب باشد.

- ✓ تصویر گزارش خدمات انجام شده توسط پزشک نظیر آندوسکوپی.
- ✓ برگه های مشاوره های انجام شده که شامل درخواست پزشک معالج مبنی بر علت مشاوره و جواب مشاوره دهنده میباشد.
- ✓ سایر ضوابط باتوجه به صورتحساب مرکز درمانی.
- ✓ در صورتی که در شرح عمل نمونه به پاتولوژی ارسال شده باشد ارائه جواب پاتولوژی الزامی است.
- ✓ در خصوص جراحی های دیسک و آرتروسکوپی های مفاصل ارائه MRI قبل از عمل الزامی است.
- ✓ در خصوص جراحی سیتوپلاستی ارائه کلیشه CT Scan قبل از عمل الزامی است.
- ✓ در خصوص جراحی سینوس ها ارائه گزارش CT Scan قبل از عمل الزامی است.
- ✓ در خصوص جراحی های هرنی (فتق) ارائه گزارش سونوگرافی قبل از عمل و اخذ تایید پزشک معتمد بیمه گر قبل از درمان الزامی است.
- ✓ در خصوص اعمال جراحی مربوط به لاغری معاینه قبل از عمل و تعیین BMI از طرف بیمه سرمد و بیمه گر پایه الزامی است.
- ✓ در خصوص جراحی های مربوط به ماموپلاستی (کوچک کردن پستان در خانم ها) معاینه قبل از عمل جهت تعیین قد و وزن و تطابق با فرمولهای موجود در کتاب CPT جهت تعیین میزان بافت خارج شده در تعهد بعد از عمل و جواب MRI مهره های گردنی و توراسیک (سینه ای) و گواهی پزشک ارتوپد یا مغز و اعصاب مبنی بر تایید فشار بافت پستان بر روی مهره های گردنی و توراسیک الزامی است.
- ✓ در خصوص جراحی های مربوط به لیزخوردگی مهره ها (Spondylolisthesis) ارائه گرافی لترال (نیمرخ) قبل از عمل الزامی است.
- ✓ در خصوص اعمال جراحی مربوط به خارج سازی پیچ، پین و پلاک از استخوان ارائه گرافی قبل از جراحی الزامی است.
- ✓ در خصوص انجام لیزیک ارائه اپتومتري قبل از عمل الزامی است.

مدارک مورد نیاز جهت پرداخت خسارت درمان تکمیلی به کلیه بیمه شدگان

✓ در خصوص جراحی های بلغاروپلاستی (رفع افتادگی پلک) ارائه پریمتری قبل از عمل و معاینه توسط پزشک معتمد و اخذ تاییدیه بیمه گر الزامی است.

➤ پرونده خسارت بیمارستان دولتی که از سهم یارانه سلامت استفاده کرده اند :

✓ اصل صورتحساب بیمارستانی

✓ برگه خلاصه پرونده

➤ پرونده خسارت بیمارستانی پس از دریافت سهم بیمه گر پایه :

✓ کپی برابر اصل صورتحساب مرکز درمانی بیمه گر اول . (کلیه خدمات ارائه شده در آن مرکز به بیمار)

✓ کپی برابر اصل بیمه گر اول صورتحساب پزشکان.

✓ کپی برابر اصل بیمه گر اول برگه دستورات پزشک شامل ویزیت های روزانه پزشکان با مهر و امضا.

✓ کپی برابر اصل بیمه گر اول گواهی پزشکان معالج مبنی بر نام بیمار و علت بستری و یا ویزیت بیمار ممهور به مهر و امضا.

✓ کپی برابر اصل بیمه گر اول برگه شرح عمل ممهور به مهر و امضا جراح و کمک جراح.

✓ کپی برابر اصل بیمه گر اول گواهی جراح و کمک جراح با مهر و امضا

✓ کپی برابر اصل بیمه گر اول گواهی متخصص بیهوشی و برگه بیهوشی اتاق عمل با مهر و امضاء متخصص بیهوشی.

✓ کپی برابر اصل بیمه گر اول اصل نسخ دارویی، لوازم مصرفی و اصل فاکتور پروتزها، داروخانه ها و یا کپی برابر اصل فاکتور خرید کلی بیمارستان ممهور به مهر داروخانه و بیمارستان جهت پروتزها و لوازم مصرفی (درخصوص نسخ دارویی و لوازم مصرفی لیست رایانهای ممهور به مهر پزشک معالج و مسئول اطلاق عمل و متخصص بیهوشی نیز قابل قبول میباشد).

✓ کپی برابر اصل بیمه گر اول لیست آزمایشات، پرتوپزشکی ها، توانبخشی، نوارنگاری ها و پاتولوژی انجام شده ممهور به مهر بخشهای مربوطه به همراه گزارشات آنها.

✓ کپی برابر اصل بیمه گر اول تصویر گزارش خدمات انجام شده توسط پزشک نظیر آندوسکوپی.

✓ کپی برابر اصل بیمه گر اول برگه های مشاوره های انجام شده که شامل درخواست پزشک معالج مبنی بر علت مشاوره و جواب مشاوره دهنده میباشد.

✓ کپی برابر اصل بیمه گر اول سایر ضامائم باتوجه به صورتحساب مرکز درمانی.

✓ اصل مدارک هزینه های خارج از شمول بیمه پایه مثل لوازم مصرفی، دارو.

✓ تصویر چک پرداختی بیمه پایه یا نامه کتبی بیمه گر پایه یا پرینت صورتحساب بیمار بابت بستری مربوطه در وجه بیمار مذکور.

➤ پرونده بیمارستانهای دولتی دانشگاهی

✓ اصل صورتحساب ممهور به مهر و امضای امورمالی بیمارستان و مشخص بودن میزان پرداخت بیمه شده

✓ برگه خلاصه پرونده

✓ لیست موارد عدم تعهد بیمه پایه

➤ پرداخت هزینه های مربوط به بیماری کرونا

❖ هزینه های بیمارستانی:

✓ فاکتور خرید هزینه هموپرفیوژن در بیماران مبتلا به کرونا حداکثر به مدت ۵ جلسه قابل پرداخت می باشد.

✓ کارتریج هموپرفیوژن در صورت ارائه فاکتور معتبر تا ۲۵ درصد مبلغ فاکتور قابل پرداخت است.

	مدارک مورد نیاز جهت پرداخت خسارت درمان تکمیلی به کلیه بیمه شدگان	
--	---	--

✓ هزینه آمپول رمدمسیویر حداکثر به مدت ۱۰ روز و روزانه دو عدد صرفاً در بیماران بستری در بیمارستان قابل پرداخت می باشد.

✓ هزینه آمپول رمدمسیویر حداکثر به مدت ۱۰ روز و روزانه دو عدد صرفاً در بیماران بستری در بیمارستان قابل پرداخت می باشد.

✓ هزینه انجام آزمایش کرونا در زمان بستری بیمار جهت انجام اعمال جراحی اورژانسی مثل سزارین و جراحی قلب و .. قابل پرداخت است .

❖ **هزینه های پاراکلینیکی:**

✓ هزینه آزمایش pcr، آنتی بادی و سی تی اسکن ریه در صورت ارائه دستور پزشک مربوط به متخصص عفونی و متخصص طب اورژانس و متخصص داخلی و فوق تخصص ریه چه در صورت مثبت بودن و چه در صورت منفی بودن جواب قابل پرداخت می باشد اما در صورتی که این خدمات با دستور پزشک عمومی ارائه گردد صرفاً در صورت مثبت بودن جواب قابل پرداخت می باشد، در صورت منفی بودن جواب آزمایش مثبت قبلی درخواست گردد.

✓ سی تی اسکن HRCT برای تشخیص کرونا قابل پرداخت نمی باشد، در تشخیص کرونا صرفاً سی تی اسکن ساده ریه (کد ۷۰۲۸۱۹) قابل پرداخت است.