

" راهنمای جامع نحوه استفاده از خدمات بیمه درمان تکمیلی "

این دفترچه را بعنوان راهنمای بیمه درمان تکمیلی در گوشی یا رایانه خود داشته باشید

در راستای ارتقای خدمت رسانی به بیمه شدگان محترم و تسهیل امور مربوط به بیمه نامه های درمان تکمیلی راهنمای جامع نحوه استفاده و دریافت خدمات از بیمه درمان تکمیلی به شرح ذیل تقدیم حضور می گردد.

امید است با همکاری شما بیمه شده محترم، مراکز درمانی و شرکت های بیمه گر شاهد ارتقای خدمات و افزایش سطح رضایت و سلامت جامعه باشیم.

بیمه شده گرامی هنگامی که می خواهید به مراکز درمانی مراجعه نمایید، ابتدا بررسی نمایید که مرکز مورد نظر، طرف قرارداد شرکت بیمه گر (بیمه کارآفرین) می باشد یا خیر برای این منظور می توانید به وبسایت این شرکت به آدرس www.karafarin-insurance.ir مراجعه نموده و لیست مراکز درمانی طرف قرارداد را بررسی نموده یا حتی به صورت تلفنی از قسمت پذیرش مرکز درمانی مورد نظر تان سوال نمایید.

در صورت مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد (بیمه کارآفرین) **صرفاً با ارائه کارت ملی** معرفی نامه بیمارستانی یا پاراکلینیکی بصورت آنلاین صادر گردیده و سهم بیمه تکمیلی بصورت آنی با مرکز درمانی تسویه میگردد.

پیشنهاد اول ما این است که برای استفاده از بیمه درمان تکمیلی خود، از معرفی نامه استفاده نمایید تا اینکه هم مراحل کار برایتان راحت تر باشد و هم اینکه مجبور نباشید در هنگام مراجعه به مراکز درمانی وجهی را پرداخت نمایید.

اما چنانچه به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه نموده اید باید هزینه های مربوط به درمان را خودتان بپردازید. سپس برای ارائه مدارک و هزینه های انجام شده به شرکت بیمه مراجعه نمایید.

نحوه استفاده از بیمه درمان تکمیلی:

حالت اول:

مرکز درمانی طرف قرارداد بیمه پایه (تامین اجتماعی، سلامت ایرانیان،...) نیست / **مرکز درمانی طرف قرارداد بیمه تکمیلی نیست**

نحوه استفاده و اتفاقی که می افتد:

مرکز درمانی نوع پذیرش بیمار را در صورت حساب " آزاد " قید می کند و هیچ تعرفه ای را برای صدور صورتحساب رعایت نمی کند ، بیمار مدارک خود را بهمراه اصل صورتحساب در ابتدا به بیمه گر پایه ارائه نموده و رسید پرداختی سهم بیمه گر پایه را بهمراه برابر اصل شده مدارک خود به بیمه گر تکمیلی تحویل میدهد تا بیمه گر نیز بر اساس تعرفه وزارت بهداشت سهم خود را محاسبه و پس از کسر سهم بیمار پرداخت می نماید. در این حالت بیمه شده کمترین استفاده را از پوشش بیمه ای خود می نماید.

حالت دوم:

مرکز درمانی طرف قرارداد بیمه پایه (تامین اجتماعی، سلامت ایرانیان،...) نیست / **مرکز درمانی طرف قرارداد بیمه تکمیلی هست**

نحوه استفاده و اتفاقی که می افتد:

مرکز درمانی نوع پذیرش بیمار را در صورت حساب " بیمه گر " قید می کند و تعرفه فی مابین بیمه گر برای صدور صورتحساب رعایت میگردد، مدارک به بیمار تحویل نمیگردد و فقط فرانشیز و موارد غیر قابل پرداخت توسط بیمه (شامل هزینه همراه ، تفاوت اتاق خصوصی با دو تخته و هزینه های بهداشتی و...) در واحد ترخیص تسویه میگردد و بیمارستان جهت دریافت پول خود پرونده را به بیمه گر ارسال می کند و پس از صدور چک بیمارستان ، پرونده نزد بیمه گر بایگانی میشود این فرایند حدود ۱۰۰ روز از ترخیص بیمار بطول می انجامد، سپس بیمه شده میتواند با مراجعه به بیمه گر تکمیلی پرونده خود را جهت دریافت سهم بیمه گر پایه دریافت نماید. در این حالت بیمه شده از پوشش بیمه ای تکمیلی خود استفاده می نماید و بیمارستان موظف است تعرفه بیمه گر را در صدور صورتحساب اعمال کند و بخش اعظمی از فرانشیز را از سهم بیمه پایه دریافت خواهد کرد.

| | |
|---|---|
| مرکز درمانی طرف قرارداد بیمه پایه (تامین اجتماعی، سلامت ایرانیان،...) هست | مرکز درمانی طرف قرارداد بیمه تکمیلی هست |
|---|---|

نحوه استفاده و اتفاقی که می افتد

مرکز درمانی نوع پذیرش بیمار را در صورت حساب " بیمه گر " و " بیمه پایه " قید می کند و تعرفه فی مابین بیمه پایه برای صدور صورت حساب رعایت می گردد ، مدارک به بیمار تحویل نمیگردد و حتی فرانشیز دریافت نمیشود و فقط موارد غیر قابل پرداخت توسط بیمه (شامل هزینه همراه ، تفاوت اتاق خصوصی با دو تخته و هزینه های بهداشتی و...) در واحد ترخیص تسویه میگردد و بیمارستان جهت دریافت پول خود پرونده را به بیمه پایه و بیمه گر ارسال می کند و پس از صدور چک بیمارستان ، اصل پرونده در بیمه پایه و کپی برابر اصل آن در بیمه گر تکمیلی بایگانی میشود . در این حالت بیمه شده از پوشش بیمه ای تکمیلی خود بیشترین استفاده می نماید و نیازی به ارسال مدارک نیست .

حالت چهارم:

| | |
|---|--|
| مرکز درمانی طرف قرارداد بیمه پایه (تامین اجتماعی، سلامت ایرانیان،...) هست | مرکز درمانی طرف قرارداد بیمه تکمیلی نیست |
|---|--|

نحوه استفاده و اتفاقی که می افتد:

این حالت اغلب در مراکز درمانی سرپایی (آزمایشگاهها و تصویربرداری ها) رخ میدهد و اغلب بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه گر پایه معمولا طرف قرارداد بیمه گر تکمیلی نیز هستند مرکز درمانی نوع پذیرش بیمار را در صورت حساب " بیمه پایه " قید می کند و تعرفه فی مابین بیمه پایه برای صدور صورت حساب رعایت میگردد ، گزارش و صورت حساب به بیمار تحویل میگردد و حدود ۷۰٪ صورت حساب دریافت میشود ، بیمه شده میتواند مدارک خود را جهت دریافت هزینه بعمل آمده تحویل بیمه گر تکمیلی دهد. اگر مرکز درمانی بیش از تعرفه های بیمه گر در صدور صورت حساب اعمال کرده باشد ، بیمه گر بر اساس تعرفه های خود پرداخت خسارت خواهد نمود ولی فرانشیز کسر نخواهد کرد، در صورتیکه مرکز درمانی بر اساس تعرفه وزارت بهداشت صورت حساب صادر کرده باشد سهم بیمه گر پایه و بیمه گر تکمیلی کل هزینه را پوشش خواهد داد دقیقا مثل حالت سوم.

توجه داشته باشید:

مهلت تحویل مدارک بیمارستانی (جراحی و بستری) حداکثر ۳ ماه و مدارک سرپایی و پاراکلینیکی حداکثر ۲ ماه از تاریخ هزینه می باشد.

کلید هزینه های درمانی طبق تعرفه مصوب وزارت بهداشت و درمان محاسبه و پرداخت می گردد

در صورت عدم استفاده از سهم بیمه پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی، سلامت، نیروهای مسلح و...) هزینه های درمانی پس از کسر فرانشیز ، طبق تعرفه قابل پرداخت می باشند.

بیمه شدگان محترم ساکن تهران میتوانند هزینه های درمانی خود را از شنبه تا چهارشنبه از ساعت ۸ الی ۱۴ به واحد بیمه صندوق حمایت و یا کانون مرکز تحویل و رسید دریافت نمایند.

بیمه شدگان محترم سایر استانها می بایست هزینه های درمانی را به شعب بیمه کارآفرین استان مربوطه تحویل و رسید دریافت نمایند.

آدرس شعب و مراکز پرداخت خسارت بیمه کارآفرین در وبسایت این شرکت به نشانی www.karafarin-insurance.ir قابل مشاهده می باشد.

تلفن تماس واحد بیمه صندوق حمایت: ۰۲۱-۲۶۴۱۲۵۶۶ و ۰۲۱-۲۶۴۱۳۷۸۰

تلفن تماس واحد بیمه کانون مرکز: ۰۲۱-۸۴۰۰۱۱۵۶

لیست مدارک لازم جهت دریافت هزینه های درمانی به تفکیک نوع هزینه :

اسناد بستری (بیمارستانی)

اسناد بستری شامل اسنادی می گردد که طی آن بیمار حداقل ۶ ساعت در یکی از بخش های غیر اورژانس بیمارستان تحت نظر باشد. و در صورتی که بیمار زیر ۶ ساعت در مرکز درمانی بستری گردد هزینه های پرداختی از محل بند تعهدات اورژانس قابل پرداخت می باشد

مدارک مورد نیاز جهت دریافت خسارت بستری بیمارستانی:

مدارک مورد نیاز برای ارسال هزینه های بیمارستانی انجام شده در مراکز غیر طرف قرارداد :

- ✓ اصل صورتحساب بیمارستان ممهور به مهر حسابداری بیمارستان
- ✓ اصل ریز داروها و لوازم مصرفی
- ✓ کپی شرح عمل و بیهوشی، برگه خلاصه پرونده، برگه دستورات پزشک، و جواب آزمایش ها ، اسکن ها ، و موارد مشابه که دارای مهر بیمارستان باشد.
- ✓ تجهیزات پزشکی مانند استنت قلبی ، وسایل آنژیوپلاستی و نظایر آن باید دارای اصل فاکتور حاوی نام شرکت فروشنده ، مبلغ به عدد و حروف ، مهر شرکت فروشنده ، مهر جراح و اتاق عمل باشد.
- ✓ در صورتی که ابتدا از بیمه دیگری استفاده شود ارائه کپی برابر اصل صورت حسابها و مدارک به همراه کپی چک بیمه گر دیگر و یا مدرکی که نشان دهنده مبلغ پرداختی توسط بیمه گر دیگر باشد الزامیست.
- توجه : بیمه شدگانی که بیمه گریه دارند (تامین اجتماعی، خدمات درمانی، نیروهای مسلح، سلامت و) در صورت مراجعه به بیمارستان های غیر طرف قرارداد می بایست ابتدا از خدمات بیمه گر پایه جهت دریافت هزینه استفاده نمایند
- سپس برای دریافت مابه التفاوت هزینه (سهم بیمه مکمل)، کپی برابر اصل کلیه مدارک را به همراه گواهی دریافت سهم بیمه گریه ارسال نمایند در غیر این صورت فرم انصراف از دریافت سهم بیمه گر پایه را تکمیل و به مدارک بیمارستانی ارسالی الصاق شود.

لازم به ذکر است در صورت انصراف از دریافت سهم بیمه پایه، اصل پرونده قابل عودت نمی باشد

توجه : بدیهی است پرداخت مابه تفاوت هزینه ها منوط به کارشناسی پرونده و تطابق آن با شرایط قرارداد خواهد بود.

استثنائات و هزینه های غیر قابل پرداخت: هزینه های درمانی ذیل در تعهد بیمه گر نمی باشند

- ۱- جراحی فک ۲- اسلیو معده ۳- بای پس معده ۴- تعویض مفصل ۵- ایدز ۶- هپاتیت ۷- جراحی انواع فتق ۸- بیماریهای مزمن قلبی و عروقی ۹- انواع سرطان ۱۰- جراحی ستون فقرات و انواع دیسک ۱۱- جراحی انواع پولیپ ۱۲- جراحی پلک (بلفارپلاستی) ۱۳- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام میگردد ۱۴- هزینه های درمانی مربوط به معلولیت ذهنی و جسمی و از کار افتادگی کلی و جزئی ۱۵- انحراف بینی ۱۶- عیوب مادرزادی ۱۷- هزینه اتاق خصوص ۱۸- جنون ۱۹- هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال ۲۰- انواع دفرمیتی (ناهنجاریهای استخوانی) در هر جای بدن ۲۱- لوازم آرایشی و بهداشتی ۲۲- اعمال غیر مجاز در مطب ۲۳- نزع و درگیری ۲۴- حوادث ورزشی و حوادث رانندگی ۲۵- هزینه زیر میزی پزشکان ۲۶- استثنائات مندرج در آیین نامه ۹۹ درمان ۲۷- هرگونه هزینه ای که در جدول تعهدات ذکر نگردیده است ۲۸- داروهای تقویتی ، مکمل ، داروهای پوست و مو و زیبایی و ویتامین ها ۲۹- داروهای درمان چاقی ، ضد اشتها و چربی سوزی و لاغری ۳۰- هرگونه جراحی مربوط به تاندون در هر جای بدن ۳۱- هر نوع جراحی مربوط به چاقی مفرط

تبصره ۱: چنانچه تاریخ شروع بیماریهای قلبی عروقی و یا انواع سرطان بعد از زمان ثبت نام بیمه شده باشد، (با ارائه مدارک) تحت پوشش قرار می گیرند.

تبصره ۲: بیمه شدگانی که سال گذشته تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی بوده و به صورت پیوسته ثبت نام خود را تمدید می نمایند مشمول موارد ۷ ، ۸ ، ۹ ، ۱۰ ، ۱۱ بند فوق نمی باشند.

✓ در مواردی که بیمار در بیمارستان بستری و امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد با تایید بیمارستان مبدا و تایید پزشک معتمد بیمه گر هزینه انتقال بیمار با آمبولانس به بیمارستان و مراکز تشخیص درمانی تا سقف تعهدات آمبولانس قابل پرداخت میباشد ✓ عمل های جراحی فتق شکمی و یا نافی نیازمند تایید توسط پزشک معتمد بیمه قبل از عمل جراحی و یا ارائه جواب سونوگرافی مربوط به قبل عمل جراحی می باشد.

✓ هزینه های جراحی رینوپلاستی جراحی پلاستیک سینه (ماموپلاستی، پروتز سینه و ماموپکسی و ژنیکوپلاستی) خارج از تعهد است .

✓ جهت پرداخت هزینه عمل جراحی سقط (کورتاژ تخلیه ای و یا) D&C آخرین سونوگرافی یا اصل گواهی پزشکی قانونی مربوط به قبل از انجام عمل جراحی الزامی است .

در ذیل به مواردی که بصورت متداول از سوی بیمه شدگان در ارتباط با نحوه پرداخت، موارد قابل پرداخت و ... بصورت سوال مطرح میشود می پردازیم:

هزینه آمبولانسی

در صورت استفاده از آمبولانس، ارائه اصل قبض پرداختی که ممهور مرکز آمبولانس و مهر اورژانس مرکز درمانی پذیرش دهنده می باشد الزامی است، لازم به ذکر است هزینه آمبولانس در صورت انتقال به بیمارستان و بستری شدن بیمار قابل پرداخت خواهد بود و هزینه انتقال بیمار از بیمارستان به منزل تحت پوشش نمی باشد.

هزینه شیمی درمانی

مدارک مورد نیاز: نسخه دارویی مطابق ضوابط، دستور پزشک متخصص مربوطه، گواهی انجام شیمی درمانی (در مطب یا مرکز درمانی) و گزارش پاتولوژی (جهت تشکیل پرونده برای دفعه اول) .

تذکر ۱: بدیهی است در صورت نبود هر یک از مدارک مذکور کل خسارت قابل پرداخت نخواهد بود.

تذکر ۲: هزینه داروهای تزریقی شیمی درمانی از سقف تعهدات بستری عمومی پرداخت می گردد.

تذکر ۳: هزینه داروی خوراکی شیمی درمانی از سقف تعهدات دارو قرارداد پرداخت می گردد.

پرتودرمانی و رادیوتراپی

مدارک مورد نیاز: مشابه موارد اشاره شده در قسمت شیمی درمانی بجز نسخه دارویی. درمورد هزینه های رادیوتراپی و پرتو درمانی، گواهی پزشک می بایستی شامل نوع، تعداد جلسات و تعداد شانهای مصرفی باشد.

پرونده تصادفی

هزینه های درمانی ناشی از هرگونه تصادفات با وسایل نقلیه موتوری در تعهد این قرارداد نمی باشد. و از محل بیمه شخص ثالث یا حوادث راننده قابل پرداخت می باشند.

هزینه پرونده بستری ناشی از تصادفات به عهده مقصر یا مقصرین حادثه و یا صندوق تامین خسارت های بدنی می باشد.

عیوب انکساری

جهت دریافت معرفی نامه برای اعمال مربوط به عیوب انکساری می بایستی اصل پرفراژ اپتومتری ممهور مرکز سنجش بینایی که نام بیمار در آن تایید شده باشد ارائه گردد.

تذکر: قوز قریه در صورت داشتن تعهد رفع عیوب انکساری (در صورتیکه محدود به لیزیک و لازک نباشد) و داشتن حد نصاب نمره چشم تایید شده، در سقف عیوب انکساری قابل پرداخت است.

پروتز

جهت پرداخت هزینه های مربوط به پروتزهایی که در داخل بدن به کار می رود ارسال مدارک بیمارستانی و دستور پزشک جهت خرید پروتز به همراه اصل صورتحساب پروتز (که ممهور به مهر جراح و اطلاق عمل) باشد الزامیست و در صورتیکه جهت عمل مربوطه معرفی نامه دریافت شده باشد به جای مدارک بیمارستانی، کپی برگه شرح عمل به همراه مدارک فوق الذکر الزامیست .

در پرونده های بستری متفرقه (بدون استفاده از معرفینامه) در صورت استفاده از لوازم پزشکی و انواع پروتز ارائه فاکتور خرید مهمور جراح، اتاق عمل، ترخیص بیمارستان و فروشنده لوازم پزشکی الزامیست. ضمناً هزینه های مربوطه پس از دریافت سهم بیمه پایه قابل محاسبه خواهد بود.

اسناد سرپایی (پاراکلینیکی)

- ✓ مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت اسناد سرپایی (پاراکلینیکی) به طور کلی شامل موارد ذیل می باشد:
- ✓ اصل دستور پزشک (دارای تاریخ، مهر، نام بیمار، نام پزشک)
- ✓ اصل قبض پرداختی (مهمور، دارای تاریخ، نام بیمار، نام پزشک)
- ✓ جواب (کپی جواب نیز قابل قبول است)

دارو:

مدارک مورد نیاز: دستور پزشک دارای مهر پزشک، اصل قبض داروخانه دارای مهر داروخانه و مبلغ پرداختی مشخص به تفکیک ریز دارو

چنانچه نسخه دستور پزشک الکترونیکی صادر گردد در قبض صادره توسط داروخانه نام و کد ملی بیمار درج میگردد در غیر این صورت ارائه دستور پزشک الزامی می باشد.

هزینه داروهایی که صرفاً توسط پزشک تجویز می گردد قابل پرداخت است و هزینه داروهایی که بیمار بدون تجویز پزشک خریداری میکند (OTC) قابل پرداخت نمی باشد.

✓ در صورت استفاده از سهم بیمه گر اول بایستی سهم بیمار، سازمان و حق فنی تفکیک شده باشد. در غیر اینصورت نسخه بعنوان نسخه داروی آزاد در نظر گرفته می شود.

✓ انواع به اصطلاح داروهای مکمل، ویتامین، گیاهی، داروهای تقویت کننده قوای جنسی و درمان ناتوانی جنسی، داروهای جلوگیری و یا درمان ریزش مو، داروهای درمان چاقی، ضد اشتها و چربی سوز جز دارو نیستند و قابل پرداخت نمی باشند

✓ اقلام ترکیبی و داروهای زیبایی جز دارو نمی باشند و در تعهد نیستند.

✓ انواع صابون، شامپو، شانه، کلیه کرم های پاک کننده، مرطوب کننده، لایه بردار، ضد لک، ضد آفتاب، لوسیون و موارد مشابه در تعهد نیستند و قابل پرداخت نمی باشند.

✓ پرداخت هزینه داروهای مربوط به دیابت الزاماً منوط به ارائه کپی جواب آزمایش (فاکتور) AC می باشد.

✓ داروهای پوستی که جنبه درمانی دارند (مانند داروهای مربوط به بیماری پسوریازیس، ویتیلیگو، لیکون پلان، و موارد مشابه) با هماهنگی و پس از معاینه و تایید پزشک معتمد بیمه قابل پرداخت می باشد. سایر اقلام پوست و مو که جنبه درمانی و دارویی ندارند قابل پرداخت نیست.

✓ پرداخت هزینه داروهای بیماران خاص از قبیل کانسر (سرطان) و ام اس ملزم به ارائه مدرک درمانی می باشد.

✓ هزینه داروهای گیاهی صرفاً منوط به دارا بودن پروانه ساخت وزارت بهداشت و تجویز پزشک معالج قابل پرداخت است.

✓ داروهای نازایی صرفاً از بند خدمات نازایی و ناباروری قابل پرداخت است و پوشش داروی آزاد در قرارداد تعهدی جهت پرداخت نمی باشد.

✓ داروهای شیمی درمانی تزریقی در صورت تعهد یا عدم تعهد پوشش دارو قابل پرداخت هستند و در سقف بستری عمومی پرداخت می گردد. (تذکر: داروی شیمی درمانی بدون پرونده تزریق شیمی درمانی قابل پرداخت نمی باشد)

✓ هزینه داروی خوراکی شیمی درمانی از سقف تعهدات ویزیت و دارو قرارداد پرداخت می گردد.

داروهای خاص و هورمون رشد پس از تکمیل پرونده در سازمان بیمه گر پایه (در صورت پرداخت یا داشتن سهم بیمه گر پایه) قابل پرداخت خواهد بود. بدیهی است در حالتی داروهای مذکور قابل پرداخت است که در قرارداد سقف یا تعهد دارو داشته باشیم (در سقف بستری قابل

پرداخت نیستند). تذکر: حداکثر سن برای بیماران نیازمند به داروهای هورمون رشد ۱۷ سال می باشد.

• آزمایش:

مدارک مورد نیاز: دستور پزشک + اصل قبض پرداختی + کپی جواب

- ✓ آزمایش ژنتیک و غربالگری در صورت تعهد در قرارداد با تائید پزشک معتمد شرکت بیمه و ارائه مدارک مربوطه و معادل تعرفه در کتاب ارزش نسبی پرداخت خواهد شد و تعهد آزمایش تشخیص پزشکی و یا آزمایش پاتولوژی و آسیب شناسی مبنای پرداخت نمی باشد. آزمایش غربالگری فقط برای جنین و خانم باردار قابل پرداخت است بنابراین غربالگری گروهی، کشوری، سازمانی و ... در تعهد نیست.
- ✓ هزینه های مربوط به تشخیص و درمان بیماری کووید ۱۹ (کرونا) طبق دستورالعمل وزارت بهداشت و با دستور (پزشک متخصص مرتبط) و ارائه جواب آزمایش قابل پرداخت است بدیهی است غربالگری کلی برای همه کارکنان بصورت همزمان از تعهد خارج خواهد بود.

• رادیوگرافی:

دستور پزشک و یا کپی جواب + اصل قبض پرداختی

- ✓ هزینه چاپ مجدد، چاپ کلیشه اضافی، لباس و موارد مشابه در تعهد نیست.
- ✓ فوتوگرافی (عکس مربوط به درمان ارتودنسی، جراحی بینی و ...) در تعهد نیست.

• ام آر آی:

دستور پزشک و یا کپی جواب + اصل قبض پرداختی

- ✓ هزینه چاپ مجدد، چاپ کلیشه اضافی، لباس و استریل دستگاه و موارد مشابه در تعهد نیست.

• الکتروکاردیوگرافی (نوار قلب) و الکتروانسفالوگرافی (نوار مغز):

دستور پزشک + اصل قبض پرداختی

- ✓ در صورتیکه در مطب انجام شده باشد، رسید پرداخت و کپی جواب باید ارائه گردد.

• انواع اسکن:

دستور پزشک و یا کپی جواب + اصل قبض پرداختی

• انواع آندوسکوپی و کلونوسکوپی:

دستور پزشک و یا کپی جواب + اصل قبض پرداختی

- ✓ هزینه بیهوشی جهت انواع آندوسکوپی قابل پرداخت نمی باشد مگر در موارد خاص (بیمار کودک، پیر و یا دارای محدودیت باشد بعنوان مثال محدودیت جسمی، حرکتی، روانی و ...). آن هم با تائید پزشک معتمد شرکت بیمه
- ✓ هزینه لوازم مصرفی در صورت ضمیمه ریز لوازم پس از کسر کسورات قانونی قابل پرداخت خواهد بود.
- ✓ کلونوسکوپی طبق ضوابط اعلامی در مراکز جراحی، بیمارستانها و مطب های دارای مجوز قابل انجام می باشد.
- ✓ پیرو ابلاغیه وزارت بهداشت و درمان انجام خدمت کلونوسکوپی در مطب ممنوع بوده و هزینه آن غیر قابل پرداخت می باشد.

• انواع تست:

دستور پزشک + اصل قبض پرداختی + کپی جواب

- ✓ تست خواب در تعهد نیست مگر صراحتاً در قرارداد بیان شده باشد.

• انواع هولتر مانیتورینگ:

دستور پزشک + اصل قبض پرداختی + کپی جواب

- ✓ در صورتیکه در قرارداد نوع خاصی از انواع هولتر تعهد شده باشد فقط همان نوع تحت پوشش می باشد.

• انواع سونوگرافی:

دستور پزشک + اصل قبض پرداختی + کپی جواب

- ✓ انواع سونوگرافی های کنترل بارداری تنها یکبار در ماه قابل پرداخت است مگر بنا به درخواست و شرح پزشک معالج متخصص
- ✓ در یافت مبلغ بابت انجام سونوگرافی در مطب توسط پزشک متخصص زنان و زایمان طبق بخش نامه شماره ۲۱۳۱۲ د ۴۴۴ وزارت بهداشت و درمان مجاز نبوده و هزینه آن غیر قابل پرداخت می باشد.

• لیزر درمانی:

دستور پزشک + اصل قبض پرداختی + کپی جواب

- ✓ لیزر درمانی موجود در پاراکلینیکی گروه سه (Pan Retinal Photocoagulation) PRP یا اگزایمر) صرفاً جهت لیزر چشم برای بیماران دیابتی می باشد (ارائه مدارک بیانگر دیابتی بودن بیمه شده الزامی است).
- ✓ پوشش اضافی لیزر درمانی مربوط به تعهدات در حیطه خدمات فیزیوتراپی می باشد.

• ماموگرافی:

دستور پزشک + اصل قبض پرداختی + کپی جواب

• فیزیوتراپی:

دستور پزشک با تخصص مرتبط + گواهی فیزیوتراپیست مبنی بر تعداد جلسات، نوع خدمات انجام شده و تعداد اندامها

- ✓ تذکر: برای هر جلسه می بایستی گواهی جداگانه صادر گردد یا در صورت تجمیعی به ازای هر جلسه مهر، امضا و تاریخ انجام لحاظ گردد.
- ✓ هزینه خدمات فیزیوتراپی در هر ماه حداکثر ده جلسه و در هر جلسه حداکثر جهت ۲ اندام قابل محاسبه و پرداخت است.
- ✓ سایر خدمات فیزیوتراپی در صورت تعهد در قرارداد همزمان با خدمت فیزیوتراپی قابل پرداخت نیست مانند لیزر درمانی - لیزر پرتوان
- ✓ چنانچه دستور پزشک در دفترچه بیمه درمانی بیمه گر پایه درج شده باشد و سهم آن نیز استفاده نشده باشد، ارسال اصل برگه اول دفترچه (مخصوص مراکز درمانی) الزامیست.
- ✓ لازم به ذکر است فاکتور فیزیوتراپی باید اصل بوده و جلسات به تفکیک تاریخ در سربرگ مرکز مربوطه که مهمور به مهر فیزیوتراپیست باشد ارسال گردد .

• جراحی های مجاز سرپایی در مطب:

گواهی پزشک + ریز لوازم و وسایل مصرفی (در صورت استفاده) + جواب آزمایش و یا پاتولوژی (بسته به نوع خدمت انجام شده و یا در صورت درخواست شرکت بیمه) + عکس (بسته به نوع خدمت انجام شده و یا در صورت درخواست شرکت بیمه)
بعنوان مثال:

- ✓ جاناندازی (انواع جاناندازی و در رفتگی ها): گواهی پزشک + ریز وسایل مصرفی + عکس رادیولوگرافی
- ✓ ختنه: گواهی پزشک + ریز وسایل مصرفی
- ✓ جهت رسیدگی هزینه های مربوط به درمان و برداشتن زگیل، لیپوم، خال و موارد مشابه نظر پزشک معتمد ملاک عمل می باشد و با نظر ایشان ویزیت بیمه شده و یا ارائه مدارک تکمیلی الزامی است.

• هزینه های لیزیک و لازک چشم:

- ✓ هزینه های لیزیک و لازک چشم که به طور سرپایی جهت رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می پذیرد، در صورت تایید نمره چشم قبل از جراحی، برای هر چشم مطابق شرایط قرارداد تا سقف تعهدات رفع عیوب انکساری طبق تعرفه نظام پزشکی قابل پرداخت خواهد بود .
- ✓ لازم به ذکر است جهت تایید عمل جراحی لیزیک/لازک ارسال برگه چایی و مهر شده اپتومتریست الزامی می باشد .

• ویزیت:

گواهی پزشک در سربرگ و یا پشت نسخه دفترچه درمانی

- ✓ هزینه ویزیت پزشکان در مراکز درمانی اعم از مطب، بیمارستانها و سایر مراکز طبق تعرفه نظام پزشکی و با اعمال فرانشیز پرداخت خواهد شد.
- ✓ مبلغ ویزیت می بایست در سربرگ پزشک مربوطه درج و مهمور به مهر پزشک باشد
- ✓ در صورت گواهی ویزیت همزمان با دستور دیگر مانند دستور نسخه دارو، دستور انجام آزمایش و ... نیاز است مهر و امضای جداگانه در سربرگ و یا پشت برگه دفترچه درمانی لحاظ شود.
- ✓ هزینه مشاوره های روانشناسی در صورت درج در مفاد قرارداد و برابر با آیین نامه بیمه مرکزی قابل پرداخت می باشد .
- ✓ هزینه ویزیت دندانپزشک در مواردی که همراه با انجام سایر اقدامات دندانپزشکی باشد ، قابل پرداخت نمی باشد .

• دندانپزشکی:

کلیه هزینه های دندانپزشکی درمانی بجز موارد زیبایی ، طبق تعرفه های اعلام شده از سوی سندیکای بیمه گران ایران که سالانه اعلام می گردد ، قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود .

مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های دندانپزشکی به شرح ذیل می باشد :

- ✓ کشیدن و جراحی دندان : رادیوگرافی قبل و بعد از انجام درمان
 - ✓ کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی : رادیوگرافی قبل از انجام درمان
 - ✓ ترمیم و پرکردن دندان : در صورت ترمیم ۳ دندان و بیشتر ارسال پانورکس (OPG قبل و بعد)
 - ✓ درمان ریشه : رادیوگرافی قبل و بعد از درمان
 - ✓ جراحی فلپ : OPG قبل درمان
 - ✓ همی سکشن و قطع ریشه : رادیوگرافی قبل از درمان
 - ✓ پروتز و روکش : برای یک واحد روکش رادیوگرافی بعد انجام درمان ، برای ۲ دندان و بیشتر رادیوگرافی قبل و بعد از انجام درمان
 - ✓ پیوند استخوان : عکس CBCT قبل کار
 - ✓ جرمگیری و بروساژ و فلوراید تراپی در هر سال ، یکبار قابل پرداخت می باشد .
- در صورت حساب دندانپزشکی لازم است شرح درمان به صورت دقیق اعلام گردد . بعنوان مثال اگر درمان ترمیمی انجام می شود دقیقا ذکر شود که ترمیم مربوط به کدام دندان و با چه نوع ماده ای (کامپوزیت یا آمالگام) و چند سطحی انجام شده است و یا در صورت انجام عصب کشی ، چند کاناله بودن و یا در صورت انجام روکش نوع روکش ذکر شود .
- ✓ اگر نوع درمان ذکر نشود شرکت بیمه حداقل تعرفه ها را مورد عمل قرار خواهد داد .
 - ✓ هزینه دندانپزشکی با شرح کامل کلیه اقدامات انجام شده در سربرگ پزشک معالج درج گردد .
- توجه: در صورت نیاز، شرکت بیمه حق دارد تا نسبت به دعوت از بیمه شده جهت معاینه و تایید فاکتورهای ارائه شده اقدام نماید .

پرداخت هزینه های ذیل در تعهد شرکت بیمه نمی باشد:

- ✓ افزایش طول تاج Increase Crown Length
- ✓ ترمیمی که همزمان با روکش باشد حتی در صورت ارائه فاکتورهای مجزا.
- ✓ کورتاژ لثه.
- ✓ ونیر، کامپوزیت لامینیت و طرح لبخند حتی بصورت مرحله بندی شده.
- ✓ کف بندی.
- ✓ مابه التفاوت ترمیم دو سطحی تا سه سطحی دندان های شماره ۱، ۲ و ۳ فک بالا و پایین.
- ✓ فیشرسیلنت، پالپوتومی، پالپکتومی و فلوراید تراپی برای بزرگسال.
- ✓ پالپوتومی و پالپکتومی و درمان ریشه برای دندان مشابه حتی در صورت ارائه فاکتورهای مجزا.
- ✓ زیبایی (سفید کردن، بلیچینگ، بلند کردن دندان، کاشت نگین و)....
- ✓ ایمپلنت (مگر تعهد در قرارداد)
- ✓ دندان مصنوعی (مگر تعهد در قرارداد)
- ✓ جراحی فک و لثه
- ✓ ارتودنسی (مگر تعهد در قرارداد)
- ✓ جراحی، درمان ریشه و روکش بدون گرافی پانورکس قبل و بعد
- ✓ مواد مصرفی

• سمعک:

- ✓ برای پرداخت هزینه سمعک علاوه بر ارسال اصل دستور پزشک و اصل فاکتور معتبر ارسال کپی گزارش شنوایی سنجی و همچنین کپی گارانتی سمعک الزامی می باشد.

• کار درمانی و گفتار درمانی:

- ✓ هزینه های گفتار درمانی و کار درمانی با دستور ، مهر و امضای پزشک متخصص و توضیحات پزشک مربوطه مبنی بر علت بیماری و ارائه برگه تعداد جلسات گفتار درمانی و کار درمانی (به تفکیک تاریخ) قابل پرداخت خواهد بود.
- ✓ هزینه های مذکور صرفاً یک جلسه در روز در تعهد می باشد.
- ✓ کار درمانی در صورت تجویز پزشک با تخصص ارتوپد- اطفال - روان پزشک - مغز و اعصاب - جراح مغز و اعصاب - طب فیزیکی و توانبخشی - روماتولوژی و همچنین گفتار درمانی در صورت تجویز پزشک با تخصص اطفال - مغز و اعصاب - گوش ، حلق و بینی - روانپزشک قابل پرداخت می باشد .
- ✓ ارائه دستور پزشک به شرح فوق برای هر دوره گفتار درمانی و کار درمانی الزامی می باشد.

• سایر موارد در اسناد سرپایی:

- ✓ PRP "Platelet Rich Plasma therapy" (غنی کردن پلاکت های پلاسما) در تعهد نیست.
- ✓ چنانچه پرداخت هزینه PRP در تعهد باشد و در قرارداد ذکر شده باشد جهت پرداخت هزینه و تزریق های داخل مفصلی و کمربندی ارسال کپی گزارش ام آرای الزامی می باشد .
- ✓ لازم به ذکر است که هزینه PRP به هر تعداد جلسه فقط یکبار ، هزینه تزریق داخل مفصلی برای هر مفصل تا ۳ جلسه و تزریق کمربندی تا ۵ جلسه قابل محاسبه و پرداخت می باشد
- ✓ تبصره : هزینه های دارو های تهیه شده در داخل مطب پزشک در تعهد نمی باشد .
- ✓ تزریقات در صورتی قابل پرداخت است که در قرارداد پوشش اضافی تزریقات یا خدمات اورژانس در موارد غیر بستری وجود داشته باشد.
- ✓ پانسمان در صورتی قابل پرداخت است که در قرارداد پوشش اضافی پانسمان یا خدمات اورژانس در موارد غیر بستری وجود داشته باشد.
- ✓ مشاوره سرپایی تنها در مواردی قابل رسیدگی است که در قرارداد ذکر شده باشد (نرخ آن بر اساس نرخ ابلاغی شرکت بیمه می باشد). مشاوره تغذیه، آموزشی، قبل از ازدواج و موارد مشابه در تعهد نیست.
- ✓ پرداخت هزینه های مربوط به برداشتن ضایعات پوستی از قبیل زگیل، توده چربی، هر نوع کیست و منوط به داشتن جواب پاتولوژی می باشد و یا لازم است قبل از عمل مراتب توسط پزشک معتمد بیمه گر تایید گردد در غیر اینصورت هزینه غیر قابل پرداخت می باشد. پرداخت هزینه های مربوط به برداشتن ضایعات پوستی نواحی تناسلی نیز شامل قوانین فوق الذکر می باشد.
- ✓ هزینه زیر میزی پزشکان در تعهد نمی باشد.

هزینه های درمانی خارج از کشور :

- بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تایید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتیکه سفارت یا کنسول گری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه ، صورت حساب های هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تایید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد.
- بدیهی است در موارد مطرح نشده در اطلاعات فوق می بایستی مدارک با هماهنگی شعبه به پزشک معتمد شرکت بیمه جهت بررسی ارائه گردد. لازم بذکر است در تمامی موارد بر اساس مفاد و شرایط قرارداد و نظر کارشناسی پزشک معتمد شرکت بیمه قابل بررسی و پرداخت خواهد بود.

پی گیری و مشاهده هزینه درمانی:

برای پی گیری و مشاهده هزینه های درمانی می توانید از طریق سایت پیگیری هزینه های درمانی " رسا سلامت " به نشانی <https://rasatpa.ir> با فعالسازی از ریز هزینه های خود مطلع شوید.