	تاریخ قرارداد : ۱۴۰۳/۰۲/۰۵ الی ۱۴۰۴/۰۲/۰۵	بیمه گذار : دانشگاه علامه طباطبایی کد ۲۹۹۷۲۷۸	موضوع : شیوه نامه نحوه ارسال مدارک درمانی بیمه نامه تکمیل درمانی
---	--	---	--

مدارک مورد نیاز جهت پرداخت پرونده های خسارت

۱- مدارک شناسایی بیمار :

- فرزند دختر بالای ۱۸ سال : کپی صفحات شناسنامه
- فرزند پسر بالای ۲۰ سال : گواهی اشتغال به تحصیل

* بیمه گذار موظف می باشد؛ در موارد خاص به صلاحدید بیمه گر، نسبت به ارایه مدارک درخواستی (شناسایی، بیمه ای، رابطه استخدامی) اقدام نماید

۲- سایر مدارک به شرح جدول پیوست :

** در نسخ الکترونیک : وجود کدملی بیمار روی فاکتور الزامی است + ارایه دستور پزشک نیاز نمی باشد

مدارک مورد نیاز	تعهدات پاراکلینیکی	ردیف
اصل قبض ممهور + دستور پزشک معالج با مهر مربوطه + کپی گزارش مربوطه	انواع : سونوگرافی ، MRI ، اسکن ، آندوسکوپی ، گرافی ، اکو، خدمات تشخیصی، پاتولوژی ، آزمایش ، نوار (مغز ، مثانه ، عصب-عضله) ، شنوایی و بینایی سنجی ، تست های تنفسی	۱
* سونوگرافی در مطب صرفاً به متخصص پریناتولوژی یا فلوشیپ ناباروری و بیمار تحت درمان خویش پرداخت می گردد * جهت نوار مغز، تست ورزش و امثال آن تنها ارایه ۳ صفحه اول گزارش دارای تاریخ و مشخصات بیمار کفایت می کند * تنها پرداخت کولونوسکوپی تشخیصی در مطب توسط فوق تخصص گوارش ، بدون بیهوشی بلامانع می باشد.		
اصل قبض ممهور + گواهی پزشک معالج با ذکر نام ناحیه و نوع گچ گیری (کوتاه یا بلند) + صورت ارقام مصرفی + عکس (گرافی ناحیه) + شرح حادثه معتبر	هزینه گچ گیری ، شکستگی ، آتل گذاری ، دررفتگی ، جاناندازی	۲
اصل قبض ممهور + گواهی پزشک معالج با ذکر نام ناحیه و طول بریدگی یا تعداد بخیه زده شده + شرح حادثه معتبر	انواع بخیه	۳
اصل قبض ممهور + گواهی پزشک معالج + ذکر ناحیه ، اندازه و تعداد توده یا کیست + گزارش پاتولوژی مربوطه	نمونه برداری ، خارج کردن توده ، کیست	۴
اصل قبض ممهور + ارایه گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری ، نوع لیزر و تعداد جلسات لیزر	لیزر درمانی صرفاً شامل موارد درمانی می باشد	۵
* موارد زیبایی نظیر درمان جای جوش، لک، لیزر مونالیزا، لیزر اسکار، لیزر موهای زاید در تعهد نمی باشد.		

<p>اصل قبض ممهور + ارایه گواهی پزشک معالج با ذکر تعداد و تاریخ جلسات + ارایه پت اسکن یا پاتولوژی مربوطه (مستندات بیماری) + داروهای مصرفی شامل نسخه پزشک معالج با پرفراژ و پرینت ممهور داروخانه + در مبالغ بالا به همراه پوز بانکی</p>	<p>شیمی درمانی به صورت سرپایی در مطب یا بیمارستان (کمتر از یک روز)</p>	<p>۶</p>
<p>* شیمی درمانی در بیمارستان (بیش از یک روز بستری) نظیر پرونده های بستری در نظر گرفته می گردد * ارایه مدارک دارای ساعت تزریق جهت تزریق طولانی مدت الزامی است</p>		
<p>اصل قبض ممهور + دستور پزشک متخصص با مهر و امضا + کپی گزارش مربوطه</p>	<p>آزمایش غربالگری جنین</p>	<p>۷</p>
<p>اصل قبض ممهور + دستور پزشک متخصص مربوطه (ارتوپد یا مغز و اعصاب) مبنی بر تعداد اندام و جلسات مورد نیاز</p>	<p>فیزیوتراپی</p>	<p>۸</p>
<p>* انجام مستمر بیش از ۲۰ جلسه در ماه ارایه جواب MRI یا نوار عصب و عضله اندام مربوطه یا خلاصه پرونده بستری یا شرح عمل الزامی می باشد</p>		
<p>اصل قبض ممهور + دستور پزشک متخصص مربوطه مبنی بر تعداد جلسات در ماه و نوع بیماری + پوز بانکی هر جلسه درمان</p>	<p>کاردرمانی گفتار درمانی</p>	<p>۹</p>
<p>* انجام مستمر بیش از ۱۲ جلسه ارایه مستندات بیماری یا مراجعه حضوری بیمار الزامی است * حداکثر تا ۱۲۰ جلسه</p>		
<p>دستور پزشک متخصص چشم یا اپتومتر به همراه ارایه فاکتور ممهور و رسمی عینک سازی دارای آدرس و تلفن</p>	<p>عینک</p>	<p>۱۰</p>
<p>* حداکثر فاصله مجاز بین تاریخ دستور پزشک و تاریخ فاکتور خرید عینک ۳ الی ۴ ماه می باشد * رویت و کنترل شماره چشم عینک های خریداری شده در هر خانواده بیش از ۲ عدد توسط بیمه گر الزامی است</p>		
<p>دستور متخصص گوش و حلق و بینی + گزارش شنوایی سنجی + فاکتور معتبر از مرکز تهیه سمعک (دارای کد اقتصادی، چاپی، مهر فروشنده، اودیولوژیست و پزشک معالج) + ارایه کارت گارانتی معتبر دستگاه</p>	<p>سمعک</p>	
<p>* گواهی خرید سمعک توسط ادیومتر یا پزشک بدون ارایه فاکتور معتبر قابل قبول نمی باشد * قید سمت گوش (چپ یا راست) در دستور پزشک و نیز فاکتور ارایه شده الزامی است * اسامی مارک های معتبر و قابل پرداخت سمعک عبارتند از: مارک Resound دانمارک: شرکت تاراطب مهر - مارک Viron minirite, Sonic, Oticon, Rexton, Audio Servis, INSIU, Siemens آلمان: شرکت فن آدرخش - مارک Unitron سویس: شرکت بهکاران عرصه - مارک Widex دانمارک: شرکت آلتون شنوا و برنافون شنوا - مارک Phonak سویس: شرکت ندا سمعک - مارک Interton سویس: شرکت آواگستر سبحان - مارک Hanasaton آلمان: شرکت ماسای پارس تجهیز - مارک Audifon: شرکت شایا درمان نوین</p>		
<p>اصل قبض ممهور + ارایه گواهی دندانپزشک معالج (در سربرگ پزشک با آدرس و تلفن) مبنی بر نوع درمان و شماره دندان + رادیوگرافی یا OPG قبل و بعد از درمان به صورت همزمان</p>	<p>دندانپزشکی: (الف) بیش از یک دندان < درمان ریشه (عصب کشی)، پروتز ثابت (روکش، بریج)، جراحی کشیدن دندان، کیست و تومور، رزکسیون و تروگرید، جراحی لثه، بیش از سه دندان < ترمیم</p>	<p>۱۲</p>
<p>OPG با و بدون گذاشتن دندان یا فتوگرافی یا معاینه حضوری</p>	<p>(ب) دست دندان مصنوعی (پروتز متحرک)</p>	


<p>دستور پزشک متخصص + فتوگرافی قبل یا حین درمان + OPG یا CBCT قبل و بعد + گواهی کامل شرح هزینه درمان دارای ریز مبالغ پرداختی بیمار با تاریخ های پرداخت + عکس سفالومتری جهت ارتودنسی ثابت</p>	<p>(ج) ارتودنسی ایمپلنت</p>	
<p>* در تمامی موارد متخصص مرتبط باشد، تعرفه تخصصی و در غیر این صورت تعرفه عمومی محاسبه می گردد * عکس OPG بایستی دارای نام و نام خانوادگی بیمار و همچنین تاریخ باشد * رادیوگرافی اطفال کمتر از ۱۲ سال الزامی ندارد. به صلاحدید دندان پزشک معتمد، گرافی پس از کار الزامی می گردد</p>		
<p>اصل قبض ممهور + در مبالغ بالا و تعدد هزینه ارایه گواهی پزشک و دستور دارو الزامی است</p>	<p>تزیقات و سرم پانسمان</p>	<p>۱۳</p>
<p>اصل قبض ممهور مرکز درمانی با مهر پزشک مربوطه یا سربرگ پزشک معالج با مهر و امضای پزشک دارای تاریخ</p>	<p>ویزیت</p>	<p>۱۴</p>
<p>اصل قبض ممهور داروخانه + نسخه ممهور پزشک معالج یا ارایه برگ دفترچه با مهر پزشک و داروخانه به صورت خوانا نسخه پزشک معالج + فاکتور معتبر تایید شده توسط سفارت یا کنسولگری ایران نسخه پزشک معالج + فاکتور رسمی شرکت تهیه کننده با مهر و امضاء و تایید پزشک معتمد</p>	<p>دارو : جبران هزینه داروهای ایرانی و خارجی جهت کلیه بیماری ها</p>	<p>(الف) ۱۵</p>
<p>متناسب با نوع بیماری مدارک لازم جهت اثبات وجود بیماری خاص و صعب العلاج نظیر : - گزارش MRI ، گزارش پاتولوژی ، خلاصه پرونده های پزشکی ، آزمایشات مربوطه ، در صورت عضویت کپی کارت عضویت در سازمان ها و مراکز مربوط به بیماری های خاص + گواهی از پزشک متخصص مربوطه مبنی بر نوع بیماری، نام دارو، دوز دارو و طول مدت درمان</p>	<p>(ب) جبران هزینه داروهای مکمل ایرانی و خارجی صرفاً برای بیماران خاص و صعب العلاج به تشخیص متخصص مربوطه</p>	<p>۱۵</p>
<p>* جهت مبالغ بالا علاوه بر موارد فوق پرینت ریز ارقام دارویی مهر شده توسط داروخانه + پوز بانکی الزامی است * در نسخ الکترونیک : وجود کدملی بیمار روی فاکتور داروخانه الزامی است + ارایه دستور پزشک نیاز نمی باشد * ارایه نسخه داروهای تخصصی توسط پزشک عمومی در صورت ارایه کپی گواهی پزشک متخصص تایید شده توسط پزشک معتمد شرکت بیمه تکمیلی مبنی بر نوع بیماری ، نام دارو ، دوز مصرفی دارو و طول مدت درمان مورد تایید است - کپی تایید شده گواهی مذکور باید هر بار به همراه مدارک جدید با رعایت موارد فوق ارسال گردد. * داروی مکمل با تعرفه خارجی بدون تایید پزشک معتمد قابل پرداخت می باشد</p>		
<p>دستور پزشک متخصص روان پزشک مبنی بر نوع بیماری و تعداد جلسه مورد نیاز + زمان هر جلسه</p>	<p>مشاوره / روان درمانی اصل قبض ممهور</p>	<p>۱۶</p>
<p>* صرفاً جهت بیماری های روانی می باشد * مشاوره جهت مشکلات خانوادگی، تحصیل، ازدواج و موارد اجتماعی غیر قابل پرداخت می باشد</p>		
<p>اصل قبض ممهور + گواهی پزشک معالج با ذکر نام ناحیه + پوز بانکی بابت هر جلسه درمان</p>	<p>کایروپراکتیک</p>	<p>۱۷</p>
<p>* انجام مستمر بیش از ۲۰ جلسه در ماه ارایه جواب MRI یا نوار عصب و عضله اندام مربوطه یا خلاصه پرونده بستری یا شرح عمل الزامی می باشد</p>		

دستور پزشکی متخصص + فاکتور رسمی ممهور به مهر شرکت تجهیزات پزشکی/ارتوپدی یا داروخانه + قیمت متعارف ایرانی	لوازم ارتوپدی	۱۸
* جوراب واریس، بریس، زانوبند طبی، گردنبنند طبی، کمر بند طبی، کفی طبی، کفش طبی، کتف بند طبی، کلیه بند طبی و مچ بند طبی مورد تایید بیمه سلامت + بدون در نظر گرفتن شرط انجام عمل جراحی		
دستور پزشکی متخصص + فاکتور رسمی ممهور به مهر شرکت تجهیزات پزشکی/ارتوپدی + قیمت متعارف ایرانی	اورتز	۱۹
* صرفاً بلافاصله بعد از عمل جراحی و با ارایه مستندات عمل جراحی قابل پرداخت می باشد		
دستور پزشکی متخصص + فاکتور رسمی ممهور به مهر شرکت تجهیزات پزشکی/ارتوپدی + با تایید پزشک معتمد + قیمت متعارف ایرانی	اندام یا اعضای مصنوعی بدن / پروتز (خارج از بدن)	۲۰
گواهی پزشکی معالج متخصص (مغز و اعصاب، ارتوپد) + مدارک درمانی نشانگر لزوم استفاده (سوابق جراحی یا سکته مغزی) + فاکتور معتبر از داروخانه/تجهیزات پزشکی با مهر و امضاء + قیمت متعارف ایرانی	ویلچر واکر عصا	۲۱
اصل قبض ممهور + ارایه مدارک و مستندات نشانگر بیماری جهت اولین دوره پرداخت	بیماری های خاص بیماری های صعب العلاج	۲۲
* بیماری های خاص: هموفیلی، تالاسمی، MS، دیالیز، پیوند کلیه * بیماری های صعب العلاج: سرطان، دیابت، دوشن، انواع میوپاتی ها، اسکولیوز پیشرفته، صرع مقاوم به درمان، هیپاتیت مقاوم، بیماری رماتیسمی شدید و مقاوم به درمان (آرتریت، روماتوئید، لوپوس، اسپوندیلیت انکیلوزان)، پسرور یازیس مقاوم به درمان، سلیاک، بیماری پروانه ای، بیماری متابولیک ناتوان کننده، کرون، کولیت اولسراتیو، آمیوتروفیک لیترال اسکروزیس یا ALS، فلج دائمی حداقل دو اندام یا CP		
اصل قبض ممهور + دستور پزشکی معالج متخصص (روانپزشک، اعصاب و روان) مبنی بر نوع بیماری و تعداد جلسات	تحریک مغناطیسی مغز یا RTMS	۲۳
* در افراد زیر ۱۸ سال غیرقابل پرداخت می باشد * صرفاً جهت بیماری وسواس جبری و افسردگی مازور می باشد		
اصل قبض ممهور + دستور پزشکی متخصص مربوطه مبنی بر تعداد مصرف در روز + آخرین گزارش آزمایش قند خون جهت اولین دوره پرداخت + نسخه دارویی بابت نوار تست قندخون	پایش قند خون شامل: دستگاه و انواع نوار تست قند خون	۲۴
گواهی پزشکی معالج متخصص + مدارک درمانی نشانگر بیماری ریوی یا قلبی که بیمار را ملزم به استفاده می کند + فاکتور معتبر چاپی دارای کد اقتصادی از داروخانه/تجهیزات پزشکی با مهر و امضاء + قیمت متعارف ایرانی + گزارش اسپیرومتری	اکسیژن تراپی اولیه و ساده شامل: کپسول اکسیژن و شارژ آن	۲۵
گواهی پزشکی معالج متخصص + مدارک درمانی نشانگر بیماری ریوی یا قلبی که بیمار را ملزم به استفاده می کند + فاکتور معتبر چاپی دارای کد اقتصادی از داروخانه/تجهیزات پزشکی با مهر و امضاء + قیمت متعارف ایرانی + گزارش اسپیرومتری جهت اکسیژن ساز گزارش تست خواب جهت B-PAPP, C-PAPP	دستگاه کمک تنفسی پیشرفته شامل: اکسیژن ساز و اجاره آن ، B-PAPP, C-PAPP	۲۶

<p>کیسه کولستومی و یورستومی</p>	<p>گواهی پزشک معالج متخصص مبنی بر نوع بیماری و لزوم مصرف + فاکتور معتبر چاپی دارای کد اقتصادی از داروخانه/تجهیزات پزشکی با مهر و امضاء + قیمت متعارف ایرانی</p>	<p>۲۷</p>
<p>پرستاری در منزل (فقط برای طرح طلایی بوده و استثناً این مورد با یک برابر تعرفه وزارت بهداشت و درمان پرداخت خواهد شد) متفاوت از پوشش خدمات در منزل می باشد</p>	<p>کپی معتبر قرارداد مربوطه + اصل قبض پرداخت بابت هر مرحله + ارایه مستندات بیماری یا ویزیت حضوری بیمار الزامی است</p>	<p>۲۸</p>
<p>* مختص بیمارانی می باشد که قادر به انجام کار روزانه خود نباشند، تشخیص و تایید شرایط بیمار بر عهده پزشک معتمد بیمه تکمیلی می باشد.</p>		
<p>تعهدات بیمارستانی</p>	<p>مدارک مورد نیاز</p>	<p>رده‌ب</p>
<p>بستری در مراکز بیمارستانی طرف قرارداد</p>	<p>دستور پزشک معالج مبنی بر علت بستری یا جراحی + مدرک شناسایی بیمار از جمله کارت ملی</p>	<p>۱</p>
<p>بستری در مراکز بیمارستانی غیرطرف قرارداد</p>	<p><u>مرحله اول</u> : تکمیل مدارک بستری شامل اصل صورتحساب، برگه شرح عمل جراحی، برگه بیهوشی، برگه دستورات پزشک و مشاوره، برگه سیر بیماری، برگه خلاصه پرونده، برگه پذیرش و ترخیص، ریز لیست دارو-لوازم، ریز لیست آزمایش، فاکتور لوازم و تجهیزات خریداری شده توسط بیمار، گزارشات مربوط به اعمال تشخیصی نظیر اسکن، فیزیوتراپی، پاتولوژی و ... <u>مرحله دوم</u> : ارایه اصل پرونده به بیمه گر پایه جهت دریافت سهم بیمه گر اول (پایه) <u>مرحله سوم</u> : ارایه کپی برابر اصل پرونده بستری به همراه گواهی پرداخت سهم بیمه گر اول به بیمه گر تکمیلی</p>	<p>۲</p>
<p>* بابت لوازم بیش از ۲۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال ارایه فاکتور خرید معتبر بیمارستان دارای کد اقتصادی و تاریخ تهیه الزامی است * نامه کتبی بیمه شده اصلی مبنی بر انصراف از سهم بیمه گر پایه در صورت عدم استفاده از بیمه گر پایه الزامی است * انواع سلول درمانی و کاشت حلزون قابل بررسی می باشد * پمپ درد ، کلیه لوازم جراحی مانند مته و دریل قابل بررسی می باشد</p>		
<p>لیزیک و لازک چشم (رفع عیوب انکساری)</p>	<p>برگه اپتومتری کامپیوتری (Treatment) قبل از عمل + کلیه مدارک بستری</p>	<p>۳</p>
<p>* درجه نزدیک بینی ، دور بینی ، آستیگماتیک یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد * ۵ نفر از بیمه شدگان با نمره چشم ۲ دیوپتر به بالا با اخذ معرفی نامه کتبی از دانشگاه تحت پوشش قرار دارند</p>		
<p>آمبولانس</p>	<p>اصل قبض ممهور مرکز آمبولانس (دارای نام بیمار، مبدا، مقصد، تاریخ و مبلغ) + کپی صورتحساب یا خلاصه پرونده بیمارستان مقصد که در آن بیمار بستری شده</p>	<p>۴</p>
<p>* صرفاً اگر منتهی به بستری شود همراه با پرونده بستری تنظیم گردیده و پرداخت می گردد * شامل منزل به بیمارستان ، بیمارستان به بیمارستان و بیمارستان به سایر مراکز تشخیصی - درمانی در طول بستری می باشد</p>		
<p>تهیه اعضای طبیعی بدن</p>	<p>برای ۵ نفر با نامه کتبی بیمه گذار + نامه تایید انجمن حمایتی مربوطه + کارت عضویت در انجمن مربوطه + اصل فاکتور معتبر پرداخت شده + تصویر کلیه مدارک بستری نشانگر انجام عمل پیوند</p>	<p>۵</p>


کلیه مدارک بستری شامل دستور پزشک و شرح درمان * نازایی بیمه شدگان دارای فرزند با نامه کتبی دانشگاه قابل بررسی خواهد بود	نازایی و ناباروری	۶
در مواردی که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد	هزینه همراه	۷
برگه کدینگ یا فاکتور کامل شامل جزییات درمان (تعداد شان، نوع اشعه، انرژی و ...) + کاردکس بیمار یا کارت درمان بیمار (شامل تاریخ شروع جلسات درمانی، نوع و تعداد شان)	رادیوتراپی	۸

** سایر جزئیات و موارد ذکر نشده منطبق با مصوبات و آیین نامه های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی،
بیمه مرکزی و سندیکای بیمه گران ایران می باشد

	تاریخ قرارداد : ۱۴۰۳/۰۲/۰۵ الی ۱۴۰۴/۰۲/۰۵	بیمه گذار : دانشگاه علامه طباطبائی کد ۲۹۹۷۲۷۸	موضوع : شیوه نامه نحوه ارسال مدارک درمانی بیمه نامه تکمیل درمانی
---	--	---	--

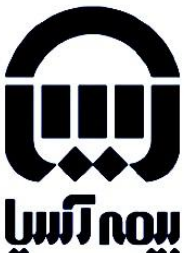
***** متذکر می گردد بنابر نوع بیماری و بستری، مدارک تخصصی به شرح زیر نیز الزامی است *****

- در جراحی سیتوپلاستی ارایه گزارش سی تی اسکن قبل از جراحی یا معاینه حضوری بیمار قبل از عمل الزامی است. (رادیوگرافی مورد تایید نمی باشد)
- در جراحی فتق نافی و شکمی ارایه سونوگرافی قبل از جراحی الزامی است.
- در جراحی کورتاژ تخلیه ای ارایه سونوگرافی قبل از جراحی از جنین مرده الزامی است.
- در جراحی کورتاژ تشخیصی ارایه پاتولوژی پس از جراحی الزامی است.
- در جراحی بلفاروپلاستی یا افتادگی پلک ارایه گزارش میدان دید بیمار (پریمتری) و رویت بیمار توسط پزشک معتمد الزامیست.
- در جراحی ماموپلاستی کاهنده :
 - قبل جراحی رویت بیمار توسط پزشک معتمد جهت اندازه گیری قد و وزن بیمار الزامی است.
 - بعد جراحی ارایه پاتولوژی دارای گزارش دقیق جهت وزن بافت برداشته شده از هر طرف الزامی است.
- جهت بستری به منظور سقط قانونی، ارایه مجوز از پزشکی قانونی الزامی است.
- بنابر نوع جراحی، در صورت لزوم مصرف پروتز داخل بدن یا تجهیزات، فاکتور خرید معتبر پروتزهای مصرف شده در جراحی الزامی است. (دارای کد اقتصادی چاپی فروشنده، تاریخ خرید یا تهیه، نام خریدار و فروشنده، مهر پزشک جراح، مهر اتاق عمل، مهر مرکز درمانی که در آن جراحی انجام شده است، لیبل لوازم استفاده شده در صورت عدم استفاده از بیمه گر پایه)
- در صورتی که بیمه شده به علت حادثه در بیمارستان بستری گردیده، گزارش حادثه مبنی بر نحوه، علت و تاریخ وقوع حادثه الزامی است. (بایستی بیمار یا همراه او) (با ذکر نسبت) شرح حادثه را نوشته و با امضا و اثر انگشت آن را تایید نماید.
- در جراحی معده (اسلیو، بای پس) (رویت بیمار توسط پزشک معتمد جهت تعیین شاخص BMI) (با اندازه گیری قد و وزن) (قبل از جراحی الزامی است). **شاخص بیش از ۴۰ مورد قبول می باشد**
- پرونده های بستری که احیاناً ممکن است جنبه زیبایی و غیردرمانی داشته باشد بایستی قبل از عمل توسط پزشک معتمد مورد معاینه قرار گرفته و تاییدیه بگیرند.

	تاریخ قرارداد : ۱۴۰۳/۰۲/۰۵ الی ۱۴۰۴/۰۲/۰۵	بیمه گذار : دانشگاه علامه طباطبایی کد ۲۹۹۷۲۷۸	موضوع : شیوه نامه نحوه ارسال مدارک درمانی بیمه نامه تکمیل درمانی
---	--	---	--

سایر موارد تکمیلی

- ۱- امکان صدور معرفی نامه آن لاین جهت موارد ذیل وجود ندارد و می بایست جهت دریافت معرفی نامه با در دست داشتن مدارک لازم و مستندات پزشکی مرتبط به ادارات مرکزی و شعب شرکت بیمه آسیا به صورت حضوری مراجعه گردد
 " اعمال جراحی فتق نافی (برای سنین ۲۰ تا ۷۰ سال)، جراحی بینی، اعمال جراحی مربوط به چاقی مفرط، جراحی فک، مسمومیت دارویی و انواع شکستگی ها "
- ۲- 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 یا هنگام مسافرت به خارج از کشور به دلیل فوریت های پزشکی نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب های هزینه های پزشکی و بیمارستانی آنان را تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از شرایط فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود. میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد
- ۳- مطابق با دستور العمل اجرایی ماده ۹۲ قانون برنامه پنج ساله توسعه چهارم هزینه های پزشکی ناشی از حوادث رانندگی (تصادفی) در مراکز دولتی به صورت رایگان می باشد. طبق تبصره ۲ ماده مذکور، در صورت مشخص بودن مقصر حادثه، هزینه بر عهده وی و در صورت نامشخص بودن مقصر حادثه، پرداخت هزینه بر عهده بیمه نامه شخص ثالث می باشد. لذا استفاده از ماده مذکور در تمامی این گونه از خسارات الزامی می باشد.
- ۴- دوره انتظار : دوره ای است که از ابتدای پوشش بیمه ای بیمه شده تا مدت معینی ادامه دارد و جبران خسارت های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه گر خارج است. لیست بیماری های مشمول عبارتند از :
 " تمامی جراحی های مربوط به ستون فقرات کمر و گردن، جراحی قلب باز، آنژیوپلاستی عروق کرونر، کاتاراکت (فیکو)، استرایبسم چشم (انحراف بینایی)، پولیپ بینی، سپتوپلاستی (انحراف بینی)، سینوس، لوزه، زایمان، نارسایی مزمن کلیه، پروستات، واریکوسل، هیستروکتومی، میومکتومی، آنتروسل، سیستوسل، رکتوسل، هزینه های درمانی ناشی از حوادث مربوط به ادامه معالجاتی که حادثه آن ها قبل از تاریخ شروع پوشش بیمه ای باشد "
- ۵- اقدامات تشخیصی صورت گرفته در روز بستری در بیمارستان (از جمله آزمایش، اسکن، اورژانس منجر به بستری) و تمامی هزینه های انجام شده در طول بستری (از جمله تصویربرداری خارج از بیمارستان)، در مجموع به عنوان هزینه بستری تلقی گردیده و همراه با هزینه بیمارستانی ارایه شده قابل پرداخت می باشد
- ۶- هزینه پرداخت شده توسط بیمار در طول بستری با معرفی نامه از بیمه تکمیلی (از جمله تجهیزات و پروتز)، همواره بایستی توسط شعبه صادر کننده معرفی نامه پرداخت گردد. لذا الزامی است بیمه شده از ارایه هزینه به شعبه ای مغایر خودداری نماید
- ۷- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه نامه (سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت ارزیابی شده به میزان توافق شده در قرارداد) از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد
- ۸- هر نوع صورتحساب و قبض پرداخت شده به صورت المثنی به هیچ عنوان قابل قبول نمی باشد

	تاریخ قرارداد : ۱۴۰۳/۰۲/۰۵ الی ۱۴۰۴/۰۲/۰۵	بیمه گذار : دانشگاه علامه طباطبایی کد ۲۹۹۷۲۷۸	موضوع : شیوه نامه نحوه ارسال مدارک درمانی بیمه نامه تکمیل درمانی
---	--	---	--

۹- بیمه گزار متعهد است صورتحساب هزینه های درمانی را در طول مدت اعتبار قرارداد بدون محدودیت زمانی و تا شش ماه پس از انقضای قرارداد تحویل شرکت بیمه نماید. بدیهی است بعد از انقضا این مدت، شرکت بیمه هیچ گونه تعهدی نسبت به پرداخت آن نخواهد داشت

۱۰- مدارکی که جهت اصلاح یا تایید مجدد به بیمه شده عودت شده اند، پس از برگشت، بایستی ممهور به مهر مجدد باشند

۱۱- خسارات غیرقابل پرداخت عبارتند از : کلیه هزینه های مربوط به استخدام یا طب کار، گواهی نامه، ازدواج، نزاع و درگیری و دستگاه ساکشن و فشارخون

۱۲- آزمایش تومور مارکرهایی که به روش کمی لومینسانس و الکترو کمی لومینسانس - LFA و الیزا اندازه گیری می شوند غیر قابل پرداخت است

۱۳- مانیپولاسیون - مگنت تراپی یا Magnet - شاک ویو یا ESWT از زیرمجموعه های درمانی در بخش فیزیوتراپی می باشند. عمل مستقل بوده لذا همراه با فیزیوتراپی یا سایر درمان ها غیرقابل پرداخت می باشند

۱۴- گواهی ویزیت یک پزشک مربوط به چند روز متفاوت در یک فاکتور بایستی دارای تاریخ های تفکیک شده جلسات ویزیت باشد یا بابت هر روز فاکتور جداگانه از پزشک اخذ شود

۱۵- ویزیت های غیر قابل پرداخت عبارتند از :

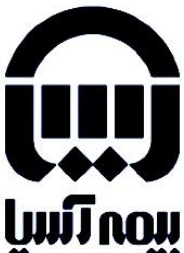
- ویزیت دست نویس که توسط بیمه شده در نسخه تجویز دارو یا دستور پزشک افزوده شده باشد
- رایحه یک گواهی برای ویزیت دو پزشک مختلف (گواهی هر پزشک به صورت مجزا و به تفکیک باشند)
- ویزیت فوندوسکوپی چشم (بررسی آسیب شبکیه چشم) غیر قابل پرداخت می باشد
- ویزیت روز ترخیص بستری غیر قابل پرداخت می باشد (در پرونده بستری محاسبه می گردد)
- ویزیت فیزیوتراپیست، اودیولوژیست، اپتومتریست، کایروپراکتیست، رادیولوژیست، کاردرمان، روانشناس، گفتاردرمان، هومیوپات، انرژي درمان، پزشک قانونی و پاتولوژی غیرقابل پرداخت می باشد (رایحه دهنده خدمت می باشند)
- ۱۶- مدارک اورژانس بایستی شامل ریز صورتحساب، ریز اقلام دارو، گزارش های مربوطه، شرح حال بیمار یا خلاصه پرونده باشد
- ۱۷- در خصوص هزینه های دندان پزشکی :

- فاکتورهای دندان پزشکی کامل و دارای تمام جزییات درمان انجام شده باشند. (هر درمان تعرفه مختص به خود را دارد)
- در فاکتور هزینه های مربوط به درمانگاه یا کلینیک های دندانپزشکی، علاوه بر مهر مراکز فوق وجود مهر دندانپزشک معالج نیز الزامی است

- جرمگیری صرفاً برای بیماران بالای ۱۲ سال و تنها یک بار در طول قرارداد قابل پرداخت می باشد
- جهت بررسی و پرداخت هزینه روکش استیل ضد زنگ یا SSC و فزانگهدارنده یا SM معاینه بیمار یا رایحه فتوگرافی پس از درمان الزامیست

- توصیه می گردد Label یا برچسب فیکسچر در هزینه ایمپلنت روی فاکتور چسبانده شده باشد
- در صورتی که فیکسچر در گذشته نصب شده باشد، در طول قرارداد جاری صرفاً هزینه روکش قابل پرداخت خواهد بود

۱۸- اسکن کف پا یا Foot Scan ، صرفاً در صورت رایحه همزمان خرید کفی یا کفش طبی، تحت عنوان لوازم ارتوپدی قابل پرداخت خواهد بود

	تاریخ قرارداد : ۱۴۰۳/۰۲/۰۵ الی ۱۴۰۴/۰۲/۰۵	بیمه گذار : دانشگاه علامه طباطبایی کد ۲۹۹۷۲۷۸	موضوع : شیوه نامه نحوه ارسال مدارک درمانی بیمه نامه تکمیل درمانی
---	--	---	--

۱۹- برای ۱۰ نفر با نامه کتبی دانشگاه : پرداخت هزینه واکسن از محل تعهدات پاراکلینیکی برای تمام سنین ، بیماران مبتلا به بیماری خاص و صعب العلاج و زنان باردار امکان پذیر می باشد تهیه واکسن بایستی از مراکز معتبر دارویی صورت گرفته شده باشد. خریداری از پزشک غیرقابل پرداخت می باشد

۲۰- تزریق آواستین و تزریق داخل ویتره در مراکز بیمارستانی و چشم پزشکی ها به همراه دارو مربوطه از محل بستری قابل پرداخت می باشد

۲۱- تمامی درمان های چشم به روش فمتو غیرقابل پرداخت می باشند و خسارت معادل روش ساده همان درمان محاسبه می گردد

۲۲- خدمات درمان ناباروری شامل خدمات ویزیت و پیگیری، پاراکلینیک، دارو-لوازم مصرفی و اقدامات تشخیصی-درمانی تخصصی برای زوجین نابارور می شود

۲۳- پرداخت هزینه های رحم اجاره ای، **تخمک اهدایی و اهدا جنین ممنوع** و تابع ضوابط و مقررات ابلاغی از سوی وزارت بهداشت می باشد

۲۴- برای ۱۰ نفر با نامه کتبی دانشگاه : هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی، گذاشتن و برداشت **IUD** ، تست حاملگی، کلینیک درد، هیدروترایی و تمرین درمانی، داروی سلول درمانی

موضوع :

شیوه نامه نحوه ارسال مدارک
درمانی بیمه نامه تکمیل درمانی

بیمه گذار :

دانشگاه علامه طباطبایی
کد ۲۹۹۷۲۷۸

تاریخ قرارداد :

۱۴۰۳/۰۲/۰۵
الی
۱۴۰۴/۰۲/۰۵

