

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شبهه نامه اجرام

بیمه نامه درمان گروهی

دانشگاه علوم پزشکی

۱۴۰۴-۱۴۰۵

الف) بخش صدور معرفی نامه (پاراکلینیکی – بستری) ۱

۱-الف) نحوه اخذ معرفی نامه و استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد : ۱

ب) بخش بستری ۳

۱-ب) نحوه ارسال صورتحسابهای بستری مراکز درمانی غیر طرف قرارداد (آزاد) توسط بیمه شدگان ۳

۲-ب) ضوابط پرداخت صورتحسابها (هزینه های بستری) ۴

۳-ب) سایر شرایط و مقررات در بخش بستری ۴

ج) بخش سرپایی و پاراکلینیکی ۶

۱-ج) مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های تشخیصی (پاراکلینیکی) ۶

۲-ج) ضوابط پرداخت هزینه های تشخیصی (پاراکلینیکی) ۶

د) بخش دندانپزشکی ۱۱

۱-د) نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد: ۱۱

۲-د) ضوابط پرداخت هزینه های دندانپزشکی غیر طرف قرارداد (آزاد): ۱۱

۳-د) مدارک لازم جهت پرداخت انواع خدمات دندانپزشکی : ۱۱

۴-د) دندانپزشکی تحت بیهوشی ۱۳

۵-د) استثنائات در ارائه رادیوگرافی دندان ۱۳

۶-د) تعریف انواع گرافی در دندانپزشکی ۱۳

ه) مقررات آیین نامه ای ۱۵

و) نحوه ثبت در سامانه آپ ۱۶

الف) بخش صدور معرفی نامه (پاراکلینیکی - بستری)

۱-الف) نحوه اخذ معرفی نامه و استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد :

با توجه به راه اندازی صدور معرفی نامه اینترنتی در اکثر مراکز پاراکلینیکی و بیمارستانهای طرف قرارداد ، بیمه شدگان می توانند پس از مراجعه به سایت بیمه کارآفرین به نشانی <https://www.karafarin-insurance.ir> و حصول اطمینان از امکان صدور معرفی نامه اینترنتی ، جهت استفاده از خدمات تشخیصی - درمانی ، صرفاً با به همراه داشتن مدارک ذیل و پس از مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد مورد نظر ، معرفی نامه مورد نیاز خود را از واحد پذیرش مرکز درمانی مربوطه دریافت نمایند.

مدارک لازم در موارد بستری : ۱- دستور پزشک معالج با ذکر نوع بیماری و تاریخ پذیرش ۲- اصل و تصویر کارت ملی

مدارک لازم در موارد پاراکلینیکی : ۱- دستور پزشک معالج با ذکر نوع خدمت تشخیصی ۲- اصل و تصویر کارت ملی

توجه: با عنایت به انعقاد قرارداد با مراکز درمانی در سراسر کشور بر اساس لیست درج شده در سایت ، در صورت مراجعه بیمه شده به هر یک از مراکز درمانی طرف قرارداد ، صرفاً فرانشیز بیمه نامه و موارد خارج از تعهدات که در ذیل معرفی نامه درج گردیده است به عهده بیمار می باشد .

توجه: جهت بررسی هزینه های درمانی بیمه شدگان می بایست همزمان با ارسال مدارک درمانی رسید هزینه کرد از جمله پرینت پوز بانکی ارائه گردد.

لیست مراکز درمانی بستری و سرپایی طرف قرارداد در سراسر کشور به همراه آدرس و شماره تلفن در سایت شرکت بیمه کارآفرین به نشانی اینترنتی ذیل با انتخاب نام استان و نوع مرکز درمانی قابل دسترسی می باشد :

www.karafarin-insurance.ir

۱-۱-الف) موارد ضروری اخذ نظر پزشک معتمد:

در زمان صدور معرفینامه، بررسی جنبه زیبایی، درمانی و یا غیردرمانی انواع جراحی های ذیل توسط پزشک معتمد بیمه گر ضروری می باشد.

مدارک مورد نیاز جهت اظهار نظر توسط پزشک معتمد به تفکیک نوع جراحی :

- جراحی فتق نافی / جراحی فتق جدار شکم . مدارک : گزارش سونوگرافی قبل از عمل
- جراحی واریس پا / لیزر واریس پا . مدارک : گزارش سونوگرافی قبل از عمل
- انواع جراحی بینی (سپتوپلاستی و ...) مدارک : گزارش رادیوگرافی و سی تی اسکن قبل از عمل
- انواع جراحی پستان شامل (ماموپلاستی (کوچک کردن پستان) ، ژینکوماستی (بزرگی پستان در مردان) و...) مدارک : گزارش پاتولوژی ، ماموگرافی و سی تی اسکن قبل از عمل
- پیوند پوست / گرافت پوستی : مدارک : گزارش پاتولوژی قبل از عمل (بررسی در خصوص وسعت پیوند پوست)
- جراحی پلک شامل بلفاروپلاستی (ترمیم افتادگی پلک) ، بلفاروپتوز (افتادگی پلک) . مدارک : گزارش بینایی سنجی قبل از عمل، پریمتری یا تعیین بینایی قبل از عمل
- بلفاروپلاستی پلک تحتانی و پتوز پلک فوقانی و تحتانی خارج از تعهد می باشد
- کورتاژ تخلیه / سقط . مدارک : گزارش سونوگرافی و آزمایشات بارداری (جهت احراز قانونی بودن نوع عمل / بدون نیاز به معاینه بیمار)
- جراحی فک صدور معرفی نامه جراحی فک صرفاً در صورت وجود تومور یا بروز حادثه و با تائید پزشک معتمد بیمه گر امکان پذیر می باشد.
- جراحی بای پس معده (کاهش حجم معده) / اسلیو معده (برداشتن بخشی از معده) صدور معرفی نامه بابت این عمل ، صرفاً پس از تایید بیمه گر پایه و اندازه گیری قد و وزن بیمار توسط پزشک معتمد و حصول اطمینان از چاقی مفرط بیمار و $BMI \geq 40$ (شاخص توده بدنی) بیمار ، امکان پذیر است و در سایر موارد نیز می بایست ، مطابق معیارهای لازم در شیوه نامه پرداخت خسارت (بررسی دیابت و ...) اقدام گردد .
- توجه : بابت انجام اعمال جراحی چاقی مفرط ، بیمه شدگانی که دارای بیمه گر پایه می باشند، ابتدا می بایست تاییدیه پزشک معتمد بیمه پایه را اخذ نمایند.

۱-۲-الف) استثنائات صدور معرفی نامه (عدم امکان صدور معرفی نامه):

در برخی از بیماریها و جراحی ها به شرح ذیل، امکان صدور معرفی نامه وجود ندارد. لذا بیمه شده می بایست پس از انجام هزینه نسبت به ارسال صورتحساب به شرکت بیمه گر اقدام نماید. لذا پس از بررسی مدارک و اظهار نظر توسط پزشک معتمد ، مطابق شرایط بیمه نامه اتخاذ تصمیم خواهد شد.

- **تزیق بلوک های عصبی:** امکان صدور معرفی نامه (سرپایی - بستری) جهت انجام بلوک های عصبی وجود ندارد؛ لذا بیمه شده می بایست این اقدام را به صورت آزاد (بدون استفاده از معرفی نامه) انجام دهد.

توجه: بلوک های عصبی تحت فلوروسکوپ با ماده حاجب، کنار عصب انجام می پذیرد. پزشک معتمد پس از بررسی کلیه مدارک پزشکی و مستندات لازم نسبت به تعیین کد اقدام خواهد نمود .

• **جراحی دیاستنازیس شکمی (آب‌ومینوپلاستی / برداشتن چربی های زائد شکمی):** با توجه به اینکه اقدام صرفاً جنبه زیبایی دارد، لذا صدور معرفی نامه امکان پذیر نمی باشد؛ لیکن در موارد خاص و در صورت احراز جنبه درمانی توسط پزشک معتمد، قابل پرداخت خواهد بود.

• **بالن گذاری:** بالن گذاری داخل معده بدون عمل جراحی بای پس معده و به تنهایی، جنبه درمانی نداشته و تحت پوشش نمی باشد.

• **برداشتن انواع ضایعات پوستی:** معاینه توسط پزشک معتمد قبل از اقدام، اندازه ابعاد ضایعه، تعداد ضایعه، محل و اعلام نوع مکانیزم برداشت که می بایست در صورت حساب توسط پزشک قید شود. در صورت نیاز ارائه پاتولوژی بعد از برداشتن ضایعه

• **اسپوندیلولیتزیس:** گزارش MRI مهره های کمری ستون فقرات

• **ناهنجاری مادرزادی:** اقدامات پاراکلینیکی مربوط به نوع عمل و علت انجام جراحی توسط پزشک

• **بستری طولانی مدت بیش از ۱۰ روز:** ۱- ارائه دستور بستری و علت ادامه بستری توسط پزشک معالج ۲- سیر بیماری ۳ روز آخر بستری ۳- دستور پزشکان معالج ۳ روز آخر بستری ۴- شرح حال اولیه بدو ورود بیمار به بیمارستان

۳-۱- الف) نکات قابل توجه در صدور معرفی نامه در برخی از بیماریها و جراحیها:

• **لیزر تراپی:** نظر به اینکه لیزر تراپی، صرفاً جنبه سرپایی دارد، لذا صدور معرفی نامه از محل سقف تعهدات بستری امکان پذیر نمی باشد. و می بایست مراتب توسط پزشک معتمد با / یا بدون معاینه بیمار، پس از بررسی گزارش آزمایش و پاتولوژی و... و همچنین اظهار نظر در خصوص تعداد جلسات مورد نیاز مورد بررسی و اظهار نظر قرار گیرد.

• **جراحی اکسیژون لیپوم و تخلیه کیست:** نظر به اینکه جراحی اکسیژون لیپوم و تخلیه کیست عموماً ماهیت سرپایی دارد، لذا صدور معرفی نامه بستری منوط به ارائه گواهی پزشک معالج دال بر لزوم بستری و مشروط به تأیید پزشک معتمد پس از معاینه بیمار و بررسی مدارک لازم از جمله گزارش آزمایش و پاتولوژی خواهد بود. ضمناً پزشک معتمد در اظهار نظر خود؛ اندازه، تعداد، خطرات ناشی از ناحیه قرارگیری لیپوم و وضعیت سلامتی بیمار را ملحوظ خواهد داشت.

• **جراحی دیسک به روش لیزری یا امواج رادیوفر کونسنسی (RF):** صدور معرفی نامه جهت جراحی دیسک به روش لیزری یا RF به تنهایی (بدون لحاظ کدهای دیگر) پس از تایید پزشک معتمد و با درج در فرم معرفی نامه امکان پذیر می باشد.

• **رفع عیوب انکساری (لیزیک):** عیوب انکساری چشم با واحدی به نام دیوپتر اندازه گیری می شود. پس از بررسی برگه اپتومتری (بینایی سنجی) بیمار توسط پزشک معتمد (بدون معاینه بیمار) و تعیین میزان دیوپتر (درجه) عیوب انکساری چشم، می توان نسبت به صدور معرفی نامه، وفق شرایط بیمه نامه اقدام نمود.

توجه: جهت تعیین میزان دیوپتر عیوب انکساری می بایست درجه نزدیک بینی یا دوربینی یا آستیگماتیسم و یا مجموع قدر مطلق درجه دوربینی یا نزدیک بینی، ۳ دیوپتر یا بیشتر، ملاک عمل قرار گیرد.

ب) بخش بستری

۱-ب) نحوه ارسال صورتحسابهای بستری مراکز درمانی غیر طرف قرارداد (آزاد) توسط بیمه شدگان

در صورتیکه بیمه شدگان به هر دلیلی از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده نمایند، می بایست پس از تسویه حساب با مرکز درمانی مربوطه، نسبت به ارائه کلیه مدارک پزشکی ۳ ماه پس از تاریخ هزینه درمانی در طول قرارداد و حداکثر ۳ ماه پس از پایان قرارداد) به بیمه گر اقدام نمایند.

۱-۱-ب) اصل صورتحساب بیمارستان و پزشکان ممه‌ور به مهر بیمارستان

۱-۲-ب) گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری

۱-۳-ب) در صورت انجام جراحی، گواهی پزشک جراح، کمک جراح، بیهوشی و ...

۱-۴-ب) ریز صورتحساب آزمایش، رادیولوژی، سونوگرافی، ام آر آی، اکو، اسکن و... به همراه گزارشات اقدامات مذکور

۱-۵-ب) ریز اقلام دارو و لوازم مصرفی و تجهیزات مصرفی اتاق عمل؛ همچنین در صورت نیاز به استفاده از لوازم و تجهیزات مصرفی در جراحی، ارائه فاکتور خرید لوازم مصرف شده ممه‌ور به مهر اتاق عمل و پزشک معالج الزامی می باشد.

۱-۶-ب) در صورت انجام فیزیوتراپی، ارائه گواهی تعداد جلسات، تاریخ انجام آنها و اقدامات انجام شده در هر جلسه ضروری است.

۱-۷-ب) در صورت انجام جراحی D&C (کورتاژ)، ارائه سونوگرافی قبل از جراحی

۱-۸-ب) در صورت انجام جراحی سپتوپلاستی، ارائه گرافی و گزارش آن قبل از جراحی

۱-۹-ب) تصویر شرح عمل، خلاصه وضعیت بیمار و سایر بیماری و برگ بیهوشی (در صورت انجام جراحی)

۱-۱۰-ب) سایر مدارک پزشکی مربوطه مندرج در صورتحساب (ارائه جوابیه پاتولوژی و...)

۱-۱۱-ب) در صورت خرید پروتز (وسایل و تجهیزات پزشکی) ارائه اصل فاکتور خرید معتبر (دارای شماره اقتصادی) ممه‌ور

به مهر پزشک جراح و بیمارستان

۲-ب) ضوابط پرداخت صورتحسابها (هزینه های بستری)

۲-۱-ب) ملاک عمل در پرداخت هزینه های بستری، ارائه اصل کلیه مدارک توسط بیمه شده می باشد؛ لذا در صورت ارائه فاکتورالمثنی یا تصویرمدارک، اسناد مربوطه عیناً عودت می گردد.

۲-۲-ب) درج مهر درگواهی پزشکان، گواهی ویزیت و گواهی مشاوره و سایر اسناد مربوطه الزامی می باشد.

۲-۳-ب) در صورتی که بیمه شدگان دارای بیمه گر اول باشند و از بیمارستانهای غیر طرف قرارداد استفاده کرده باشند، بیمه شدگان می بایست ابتدا مدارک پزشکی را به بیمه گر پایه (بیمه سلامت، بیمه تامین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی، بیمه نیروهای مسلح و ...) ارائه نموده و پس از اخذ سهم بیمه گر اول، رسید دریافتی و یاقپی چک خسارت دریافتی از سازمان اسناد پزشکی را به همراه تصویر برابر با اصل کلیه مدارک پرونده بستری به شرکت بیمه کارآفرین ارائه نمایند. (باستثناء سازمان خدمات درمانی که مدارک را برابر با اصل نمی نماید).

توجه: در صورت عدم تمایل بیمه شده به استفاده از سهم بیمه پایه، پس از اخذ تعهد از ایشان، هزینه درمانی با کسر فرانشیز مندرج در بیمه نامه قابل رسیدگی و پرداخت می باشد. در اینصورت پس از پرداخت خسارت توسط بیمه کارآفرین، اصل مدارک درمانی جهت استفاده از بیمه گر اول به هیچ وجه به بیمه شده مسترد نمی گردد.

۲-۴-ب) در صورت مخدوش بودن نام و نام خانوادگی بیمه شده و تاریخ بستری در صورتحساب و یا سایر مدارک ارسالی، اسناد مذکور می بایست مجدداً توسط مرکز درمانی مربوطه تصحیح و ممه‌ور گردد.

۲-۵-ب) مبلغ خالص پرداختی بیمار، صراحتاً می بایست توسط مرکز درمانی مشخص گردد؛ لذا در صورت درج مبلغ باقیمانده در صورتحساب، پرداخت هزینه منوط به ارائه فاکتور یا صورتحساب مجدد، ممه‌ور به مهر مرکز درمانی مربوطه می باشد.

۲-۶-ب) در صورت استفاده بیمه شده از سهم یارانه سلامت در بیمارستان های دولتی، هزینه درمانی صرفاً با ارائه رسید مرکز درمانی و تصویر شرح حال/ شرح عمل قابل پرداخت می باشد. به عبارتی ارائه ریز صورتحساب الزامی نمی باشد.

۲-۷-ب) حق تحقیق و بررسی در خصوص چگونگی درمان بیمه شده و بررسی مدارک پزشکی برای بیمه گر محفوظ می باشد.

۳-ب) سایر شرایط و مقررات در بخش بستری

۳-۱-ب) ملاک محاسبه و پرداخت خسارت:

در صورتیکه هر یک از بیمه شدگان به هر دلیلی از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد استفاده نمایند، محاسبه و پرداخت هزینه ها بر اساس تعرفه های قانونی ابلاغی توسط هیات وزیران و در صورتی که بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد مراجعه نمایند،

پس از اعمال تعرفه (همتراز بیمارستان طرف قرارداد) و کسر کسورات قطعی از جمله فرانشیز ، مابه التفاوت تخت خصوصی و ...) انجام می پذیرد.

توجه: مبالغی که برخی از پزشکان به صورت جداگانه و خارج از صورتحساب دریافت می نمایند (مانند حق العمل جراحی و ...) ، در صورت ارائه گواهی پزشک معالج حداکثر معادل تعرفه بیمارستان همتراز محاسبه و پس از کسر سهم حق العمل مندرج در صورتحساب ، مابه التفاوت آن پرداخت خواهد شد.

۳-۲-ب) فرانشیز بیمه نامه:

در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر اول، فرانشیز بیمه نامه معادل صفر درصد مندرج در شرایط بیمه نامه لحاظ می گردد.

۳-۳-ب) **هزینه تخت همراه:** هزینه تخت همراه برای بیماران کمتر از ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال با تجویز پزشک معالج و تایید پزشک معتمد قابل پرداخت می باشد.

۳-۴-ب) **هزینه های اتاق خصوصی:** هزینه های مربوط به اتاق خصوصی غیر قابل پرداخت می باشد. در موارد خاص و صرفاً در صورت گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری و تایید پزشک معتمد بیمه گر، اتاق ایزوله قابل پرداخت می باشد.
توجه: اتاق VIP بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از بخشهای بیمارستانی خارج شده است و صرفاً معادل دو تخته محاسبه و پرداخت خواهد گردید.

۳-۵-ب) **هزینه های بستری مربوط به بیماری های اعصاب و روان (باستثناء جنون):** از محل سقف تعهدات بستری قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۳-۶-ب) **هزینه های عیوب مادرزادی:** صورتحسابهای مربوط به عیوب مادرزادی در صورت تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر (بررسی جنبه درمانی)، قابل محاسبه و پرداخت می باشد .

۳-۷-ب) **هزینه جراحی فک:** هزینه های بستری جراحی فک صرفاً به علت وجود تومور یا وقوع حادثه تحت پوشش بیمه نامه ، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۳-۸-ب) **هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری:** هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری (شامل IUI ، ZIFT ، GIFT ، IVF ، ITSC و میکروانجکشن)، پس از اخذ مدارک مثبت برای هر یک از زوجین مطابق صورتحساب قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
توجه: هزینه مربوط به تعیین جنسیت جنین قابل پرداخت نمی باشد .
هزینه داروهای نازایی از محل تعهدات نازایی قابل محاسبه نمی باشد

۳-۹-ب) **هزینه آمبولانس (درون شهری و برون شهری):** هزینه انتقال بیمار توسط آمبولانس (صرفاً از منزل به بیمارستان و یا از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر) به شرط بستری بیمار قابل پرداخت می باشد.

۳-۱۰-ب) هزینه رفع عیوب انکساری:

پرداخت هزینه های رفع عیوب انکساری چشم (شامل لیزیک، لازک و ...) چنانچه نقص بینایی هر چشم به میزان ۳ دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف تعهدات بیمه نامه و با لحاظ فرانشیز مندرج در بیمه نامه قابل محاسبه و پرداخت می باشد. به عبارتی درجه نزدیک بینی، دوربینی ، آستیگمات و یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه آستیگمات)، مطابق میزان دیوپتر مندرج در تعهدات بیمه نامه (۳ دیوپتر و بیشتر) ملاک عمل خواهد بود.

۳-۱۱-ب) هزینه های درمان خارج از کشور:

هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تایید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسافرت خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند، در صورتی که سفارت یا

کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورتحسابهای آنان را تایید 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 برابر بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می گردد.

توجه ۱: میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

توجه ۲: در صورت انجام هزینه های درمانی در خارج از کشور، می بایست اصل مدارک درمانی منضم به ترجمه آن، جهت بررسی و پرداخت به بیمه گر تحویل گردد.

ج) بخش سرپایی و پاراکلینیکی

کلیه هزینه های سرپایی شامل رادیولوژی، ام آر آی و...، اعمال مجاز سرپایی و سایر موارد مندرج در بیمه نامه، طبق تعرفه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل پرداخت می باشد.

توجه: ارائه رسید دستگاه کارتخوان (پوزبانکی) صرفاً

۱-ج) مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های تشخیصی (پاراکلینیکی)

- ۱- ارائه دستور پزشک (به استثناء نسخ الکترونیک) یا ارائه تصویر جوابیه با درج نام پزشک معالج
- ۲- اصل فاکتور (قبض) ممهور به مهر مرکز درمانی مربوطه

۲-ج) ضوابط پرداخت هزینه های تشخیصی (پاراکلینیکی)

۱-۲-ج) ملاک پرداخت هزینه های پاراکلینیکی، ارائه اصل فاکتور (قبض) می باشد؛ لذا در صورت ارائه فاکتور المثنی یا تصویر فاکتور، مدارک مربوطه عیناً عودت می گردد.

۲-۲-ج) درج نام و نام خانوادگی بیمار، تاریخ ویزیت یا فاکتور و مبلغ پرداختی در مدارک ارسالی الزامی می باشد.

۳-۲-ج) در صورت مخدوش بودن نسخ ارسالی اعم از لاک گرفتگی، خط خوردگی (شامل نام و نام خانوادگی، تاریخ نسخه و...) مدارک مذکور می بایست توسط پزشک یا مرکز درمانی مربوطه تصحیح و مجدداً ممهور به مهر گردد.

۴-۲-ج) در صورت درج مبلغ باقیمانده در فاکتور (قبض)، پرداخت هزینه منوط به ارائه فاکتور قطعی و یا درج مجدد مهر مرکز مربوطه مبنی بر تسویه کامل خواهد بود.

۳-ج) توضیحات موردی در بخش نسخ سرپایی - پاراکلینیکی

۱-۳-ج) رادیولوژی - سونوگرافی - اسکن - ام آر آی - انواع آندوسکوپی (اقدامات آندوسکوپی) و سایر موارد

پاراکلینیکی:

مدارک لازم جهت پرداخت سایر هزینه های پاراکلینیکی:

- ۱- ارائه دستور پزشک معالج (به استثناء نسخ الکترونیک) یا ارائه تصویر جوابیه
- ۲- ارائه فاکتور، ممهور به مهر مرکز مربوطه

۲-۳-ج) فیزیوتراپی، گفتار درمانی و کاردرمانی:

توجه: ارائه رسید دستگاه کارتخوان (پوزبانکی) منطبق با تاریخ و مبلغ فاکتور ارسالی جهت کلیه خدمات فیزیوتراپی الزامی است.

ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های (فیزیوتراپی - گفتار درمانی - کاردرمانی):

- ۱- ارائه دستور پزشک معالج مرتبط مبنی بر ذکر تعداد جلسات مورد نیاز جهت انجام خدمات فیزیوتراپی و...
 - ۲- ارائه فاکتور (گواهی پرداخت) ممههور به مهر مرکز مربوطه با درج تعداد جلسات و تاریخ های مراجعه بیمه شده
- توجه:** پرداخت هزینه های فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی، بیش از تعداد ۱۰ جلسه، منوط به ارائه سوابق پزشکی بیمه شده از جمله گزارش پاتولوژی، گزارش ام آر آی، اسکن، رادیوگرافی و... به همراه پروتکل های درمانی تجویز شده توسط پزشک معالج، (مطابق درخواست پزشک معتمد بیمه گر) می باشد.
- درخواست فیزیوتراپی توسط پزشکان عمومی (صرفاً ده جلسه)، متخصص و یا فوق تخصص های مربوطه مانند ارتوپد و متخصص مغز و اعصاب قابل قبول است.

هزینه فیزیوتراپی بر اساس درخواست پزشک معالج و فیزیوتراپیست حق دخل و تصرف در نسخه پزشک معالج را ندارند . فیزیوتراپی با تجویز پزشک عمومی تا ۱۰ جلسه یک اندام و با تجویز پزشک متخصص مربوطه تا ۱۰ جلسه دو اندام قابل رسیدگی است. بیش از تعداد جلسات یا اندامهای مذکور در صورت درخواست توسط پزشک متخصص و تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت است. در صورت تکرار فیزیوتراپی و درخواست مجدد برای فیزیوتراپی حتی یک اندام ، ارائه مستندات پزشکی الزامی می باشد. حداکثر اعضاء قابل پرداخت برای نسخ فیزیوتراپی توسط پزشک دو عضو می باشد . در صورت عدم درج تعداد جلسات تنها یک جلسه فیزیوتراپی قابل محاسبه و پرداخت می باشد. حداکثر جلسات بابت کایروپرکتیک ۱۰ جلسه می باشد. کاردرمانی و گفتار درمانی حداکثر ۱۰ جلسه برای هر خدمت قابل پرداخت است. بازی درمانی و رفتار درمانی خارج از تعهد می باشد.

۳-۳-ج) هزینه ویزیت (سرپائی)

پرداخت هزینه ویزیت، منوط به درج مبلغ آن توسط پزشک معالج در نسخه اصلی و ممههور به مهر و امضاء می باشد.

ویزیت بیماران در مطب یا کلینیکها توسط گروه های درمانی شامل پزشکان عمومی ، پزشکان متخصص، پزشکان فوق تخصص، کارشناسان مامایی، تغذیه، اپتومتری.

توجه ۱: در صورت درج مبلغ ویزیت در سربرگ پزشک به شرط ممههور به مهر و امضا اصل فاکتور یا قبض پرداختی توسط پزشک معالج قابل پرداخت می باشد.

توجه ۲: در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر اول، پرداخت ویزیت مشمول کسر فرانشیز بیمه نامه خواهد بود.

توجه ۳: هزینه ویزیت در زمان انجام اقدامات دندانپزشکی (بطور همزمان) غیر قابل پرداخت می باشد.

توجه ۴: هزینه اضافی جهت ویزیت در منزل قابل محاسبه نمی باشد.

توجه ۵: در صورتیکه تجویز کننده ، ارائه دهنده خدمت خود پزشک باشد، ویزیت خدمت مربوطه مورد تائید نمی باشد.

توجه ۶: ویزیت پزشک آنلاین ، ویزیت کایروپرکتیک قابل محاسبه نمی باشد.

توجه ۷: مشاوره پزشکی همزمان با ویزیت پزشکی در یک نوبت همزمان غیر قابل پرداخت می باشد و مشاوره پزشکی روان شناسی و روان پزشکی نیست.

توجه ۸: ویزیت کارشناس تغذیه در صورتی که جنبه درمانی داشته باشد با ارائه نسخه دارویی و آزمایش مربوط به بیماری قابل رسیدگی است. (ویزیت و مشاوره مربوط به رژیم درمانی تحت پوشش نمی باشد)

توجه ۹: ویزیت پزشک قانونی تحت پوشش نمی باشد.

۱-۳-۳-ج) تعرفه ویزیت (سرپائی)

پرداخت هزینه ویزیت پزشکان عمومی / متخصص / فوق تخصص و... طبق تعرفه جاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش خصوصی، نهاد عمومی غیر دولتی، خیریه و بخش دولتی خواهد بود.

توجه: ارائه رسید دستگاه کارتخوان (پوزبانکی) منطبق با تاریخ و مبلغ فاکتور ارسالی جهت عینک و لنز طبی الزامی است.

ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه عینک:

- ۱- ارائه دستور پزشک متخصص، ممهور به مهر چشم پزشک یا ارائه تجویز اپتومتریست صرفاً در بیمارستان ها و کلینیک های چشم پزشکی (اپتومتریست مستقر در مراکز فروش عینک مورد تأیید نمی باشد) همراه برگه اپتومتری (تعیین نمره چشم) اپتومتریست
- ۲- ارائه فاکتور معتبر خرید عینک (شیشه و فریم)، دارای سربرگ و آدرس و شماره تلفن، ممهور به مهر مرکز مربوطه هزینه های مربوط به عینک و لنز تماس طبی به صورت یک نوبت در هر سال بیمه ای قابل پرداخت می باشد.
- توجه ۱:** در صورت غیر متعارف بودن هزینه ها، بیمه شده توسط اپتومتر معتمد بیمه گر دعوت به معاینه می گردد.
- توجه ۲: پرداخت خسارت منوط به ارائه شماره عینک بالای ۰/۵ است.
- توجه ۳: ارائه پوز بانکی برای پرداخت هزینه های عینک الزامی می باشد.
- توجه ۴: در صورت تشخیص شرکت بیمه گر جهت معاینه بیمار، بیمه شده به همراه عینک به مراکز اپتومتری معتمد شرکت بیمه کارآفرین، ارجاع خواهد شد.

۵-۳-ج) انواع آزمایش

هزینه آزمایش های تشخیص پزشکی - آزمایش های ژنتیک جنین - مارک های جنینی - پاتولوژی (آسیب شناسی)

ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های آزمایش:

- ۱- ارائه دستور پزشک معالج (به استثناء نسخ الکترونیک) یا تصویر جوابیه آزمایش
- ۲- ارائه اصل قبض پرداختی، ممهور به مهر آزمایشگاه
- توجه ۱: هزینه آزمایش ژنتیک با ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر لزوم آزمایش و تصویر جوابیه آزمایش، پس از تأیید پزشک معتمد بیمه گرقابل پرداخت است.
- توجه ۲: هزینه آزمایش غربالگری تشخیص ناهنجاری های جنین با ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر لزوم آزمایش و تصویر جوابیه آزمایش، پس از تأیید پزشک معتمد بیمه گرقابل پرداخت است.
- توجه ۳: خدمات مربوط به چکاپ های گروهی و طب کار، آزمایشات پیش از ازدواج، اعتیاد غیر قابل پرداخت می باشد.
- توجه ۴: آزمایش به روش ECL خارج از تعهد می باشد.

۶-۳-ج) هزینه نسخ دارویی

۱-۶-۳-ج) ضوابط پرداخت هزینه نسخ دارویی

- در صورت درج دستور دارویی در سربرگ پزشک معالج و یا در نسخ دفترچه درمانی (هزینه آزاد) موارد ذیل می بایست رعایت گردد:
- ۱- ممهور به مهر پزشک ۲- درج ریز اقلام دارویی ۳- ممهور به مهر داروخانه ۴- درج ریز قیمت داروها (توسط داروخانه) ۵- درج حق فنی
- توجه ۱: در صورتی که نسخه الکترونیک باشد، ارائه پرینت نسخه الکترونیک بیمه شده از سامانه نسخه الکترونیک ممهور به مهر داروخانه با درج مشخصات بیمه شده و سهم بیمه گر اول الزامی می باشد.
- توجه ۱:** در صورتیکه بیمه شده راساً هزینه دارویی را پرداخت نموده باشد، ارسال اصل نسخه ممهور به مهر پزشک معالج، مهرداداروخانه و درج مبلغ دارو الزامی است.

۲-۶-۳-ج) ملاک پرداخت هزینه نسخ دارویی

- هزینه نسخ دارویی، بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور و نرخ رسمی داروها، طبق تعهدات مندرج در شرایط قرارداد قابل بررسی و پرداخت می باشد.
- توجه ۱:** پرداخت دارو برای هر نوبت تجویز پزشک معالج حداکثر به مدت ۳ ماه می باشد.

توجه ۲: استثنائات، داروهای مربوط به رژیم درمانی (کاهش و افزایش وزن)، داروهای تقویت کننده قوای جنسی، مکمل ورزشی، تقویت حافظه، لوازم آرایشی و بهداشتی کرم ها و محلول هایی که کاربرد زیبایی دارند و سایر موارد مشابه در تعهد بیمه کارآفرین نمی باشند.

توجه ۳: هزینه سرنگ، اسکالپ وین، آنژیوکت، ست سرم و میکروست صرفاً مطابق با تعداد آمپول و سرم تجویز شده در نسخه قابل پرداخت می باشد.

توجه ۴: پرداخت حق فنی و عناوین مشابه داروخانه بر عهده بیمار می باشد.

توجه ۵: برای داروهایی که معادل ایرانی ندارند یا پزشک متخصص تاکید بر مصرف داروی خارجی دارد، داروی خارجی با تایید پزشک متخصص مربوطه بر اساس نرخ مصوب سازمان غذا و دارو و با کسر فرانشیز ۳۰٪ قابل رسیدگی و پرداخت می باشد.

توجه ۶: جهت پرداخت داروهای با رقم بالای ۳۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال ارائه پوز بانکی الزامی می باشد و در صورت پرداخت نقدی یا کارت به کارت توسط بیمه شده خسارت قابل رسیدگی نمی باشد.

توجه ۷: داروهای خارج از فارماکوپه (قاچاق یا چمدانی) خارج از تعهد شرکت بیمه می باشد.

۱-۲-۶-۳-ج) داروهای ایرانی

هزینه داروهای ایرانی که جنبه درمانی داشته و در فهرست داروهای مجاز کشور ایران باشد، با ارائه دستور پزشک و ارائه سند پرداخت هزینه، ممههور به مهر داروخانه قابل پرداخت می باشد.

۲-۲-۶-۳-ج) داروی مکمل - گیاهی - پوستی

هزینه داروهای - گیاهی خارج از تعهد بیمه گر می باشد

داروهای پوستی که صرفاً جنبه درمانی داشته باشند با تجویز پزشک متخصص در تعهد می باشد. کرم های ترمیم کننده و آبرسان و سایر موارد مشابه خارج از تعهد می باشد.

۳-۲-۶-۳-ج) داروهای خوراکی بیماران خاص و صعب العلاج

هزینه داروهای خوراکی بیماران خاص (شامل بیماران دیالیزی، هموفیلی، تالاسمی و ام اس) و صعب العلاج، در موارد غیر بستری در صورت تجویز توسط پزشک متخصص مرتبط و پس از تایید پزشک معتمد بیمه گر از محل تعهدات اعمال جراحی تخصصی قابل پرداخت می باشد.

۴-۲-۶-۳-ج) داروی شیمی درمانی تزریقی

هزینه داروی شیمی درمانی تزریقی صرفاً با ارائه گواهی تزریق (کموتراپی) به همراه نسخه دارویی (ممههور به مهر پزشک متخصص و داروخانه) از محل سقف تعهدات اعمال جراحی خاص قابل پرداخت می باشد.

توجه ۱: پرداخت هزینه داروی شیمی درمانی خوراکی از محل سقف تعهدات اعمال جراحی تخصصی قابل پرداخت است.

۵-۲-۶-۳-ج) داروی درمان نازایی و ناباروری

در صورت تجویز داروی نازایی و ناباروری توسط پزشک متخصص مرتبط، با بررسی سوابق پزشکی بیمه شده، از محل سقف تعهدات داروی مصرفی قابل پرداخت است.

۷-۳-ج) هزینه های اروتز و پروتز

۱-۷-۳-ج) تعریف اروتز و پروتز

اروتز: به کلیه وسایل کمکی (لوازم کمک توانبخشی) اطلاق می گردد که جهت جلوگیری و تصحیح بدشکلی ها و دفرمیتی یا نگهداری و تثبیت قسمتهای مختلف بدن به موازات آنها به کار می روند؛ مانند بریس های طبی، کفش طبی

۲-۷-۳ (ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه ارتز

۱- ارائه دستور پزشک متخصص مرتبط

۲- ارائه مدارک و مستندات پزشکی لازم

۳- فاکتور خرید از مراکز معتبر، ممه‌ور به مهر مرکز مربوطه

۴- تأیید پزشک معتمد بیمه گر

توجه: هزینه خرید ارتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد، قابل پرداخت می باشد.

توجه: هزینه های مربوط به عصا ، کفش طبی، کفی طبی ، واکر و ویلچر شامل شرط عمل جراحی نمی باشد.

۸-۳-۳ (ج) سمعک

۱-۸-۳-۳ (ج) ضوابط پرداخت هزینه سمعک:

هزینه سمعک با تجویز پزشک متخصص ENT (گوش، حلق و بینی)، در صورت خریداری از مراکز معتبر شنوایی سنجی و ممه‌ور شده به مهر ادیولوژیست (یک یا دو گوش) به شرح ذیل قابل پرداخت می باشد.

۲-۸-۳-۳ (ج) مدارک لازم جهت پرداخت هزینه سمعک :

۱- ارائه دستور پزشک متخصص

۲- ارائه گزارش شنوایی سنجی (ادیومتری)

۳- ارائه فاکتور خرید از مراکز معتبر (تجهیزات پزشکی) ، ممه‌ور به مهر مرکز شنوایی سنجی

۴- ارائه فاکتور رسمی از شرکت حامی فروش سمعک (شرکت وارد کننده سمعک)

۴- تصویر کارت گارانتی سمعک (درج تاریخ اعتبار)

۵- تأیید پزشک معتمد

تبصره ۱: هزینه باتری سمعک و تعمیرات آن قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۲: فاکتور دارای کد اقتصادی معتبر و شناسه ملی شرکت فروشنده باشد .

تبصره ۱: مشخصات فاکتور فروش :

۱- فاکتور فروش می بایست بصورت چاپی باشد به عبارتی اطلاعات فاکتور بصورت دستی در فاکتور درج نگردد.

۲- فاکتور دارای کد اقتصادی معتبر شرکت فروش باشد.

۹-۳-۳ (ج) طب سوزنی ، حجامت و فصدخون

هزینه های مربوط به طب سوزنی ، با ارائه پزشک متخصص طب سوزنی مبنی بر علت انجام و مستندات علت مذکور قابل پرداخت می باشد.

۱۰-۳-۳ (ج) سایر شرایط و مقررات در بخش پاراکلینیکی

۱-۱۰-۳-۳ (ج) هزینه های تزریق داخل مفاصل، سرم تراپی ، شستشوی گوش و ...

سایر هزینه های پاراکلینیکی از جمله تزریق داخل مفصل، کایروپراکتیک ، سرم تراپی، شستشوی گوش ، تزریقات وریدی و کلیه خدمات درمانی که کد آن در کتاب ارزش نسبی خدمات موجود است به جز اعمال زیبایی مطابق تعرفه وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی قابل رسیدگی و پرداخت می باشد.

توجه: کلیه هزینه هایی که جنبه تحقیقاتی دارد و فاقد کد ملی در کتاب ارزش نسبی خدمات می باشد، مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی غیر قابل پرداخت می باشد.

(د) بخش دندانپزشکی

توجه: ارائه رسید دستگاه کارخوان (پوزبانکی) منطبق با تاریخ و مبلغ فاکتور ارسالی جهت کلیه خدمات دندانپزشکی الزامی است.

به منظور رفاه حال بیمه شدگان محترم، پیشنهاد می گردد متقاضیان استفاده از خدمات دندانپزشکی، ترجیحاً از مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد بیمه کارآفرین (مطب ها و کلینیک های دندانپزشکی) استفاده نمایند؛ لکن چنانچه بیمه شده به هردلیلی به مطب ها و مراکز غیرطرف قرارداد مراجعه نماید، پرداخت کلیه هزینه خدمات دندانپزشکی اعم از کشیدن، جرم گیری و بروساژ، ترمیم و پرکردن، درمان ریشه، روکش، دندان مصنوعی و ایمپلنت و سایر خدمات درمانی دندانپزشکی (باستثنای موارد زیبایی) قابل بررسی و پرداخت خواهد بود.

۱-د) نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد:

در صورتیکه بیمه شده ای از مراکز غیر طرف قرارداد استفاده نماید، می بایست صورت هزینه های دندانپزشکی خود را در سربرگ دندانپزشک / کلینیک مربوطه به همراه کلیه مستندات از جمله کلیشه رادیوگرافی و... به بیمه گر تحویل و در قبال آن، رسید اخذ نماید: **توجه ۱:** هزینه خدمات دندانپزشکی که جنبه زیبایی داشته باشد (از قبیل لمینت، بلیچینگ و سایر موارد مشابه) غیر قابل پرداخت می باشد.

۲-د) ضوابط پرداخت هزینه های دندانپزشکی غیر طرف قرارداد (آزاد):

۱-۲-د) هزینه های دندانپزشکی حداکثر طبق تعرفه ابلاغی سندیکای دندانپزشکان ایران حداکثر تا سقف جداول تعهدات بیمه نامه با لحاظ فرانشیز مندرج در شرایط بیمه نامه محاسبه و پرداخت می گردد.

۲-۲-د) در صورت انجام خدمات دندانپزشکی خاص و یا غیر متعارف، معاینه بیمار قبل و یا بعد از اقدامات دندانپزشکی (بصورت موردی) توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر ضروری می باشد.

۳-۲-د) در صورت مراجعه بیمه شدگان به مراکز درمانی طرف قرارداد هزینه ما به تفاوت تعرفه خارج از تعهد می باشد.

سقف تعهد دندانپزشکی صرفاً جهت ۳ نفر از اعضای خانواده به صورت شناور قابل پراخت می باشد.

۳-د) مدارک لازم جهت پرداخت انواع خدمات دندانپزشکی :

۱-۳-د) ترمیم دندان (پُر کردن)

جهت پرداخت هزینه ترمیم دندانها، چنانچه ۳ واحد و یا بیش از آن باشد، ارسال گرافی OPG قبل کار و گرافی پایان درمان الزامیست.

توجه: تاریخ گرافی های تشخیصی می بایست در بازه زمانی قرارداد باشد .

۲-۳-د) درمان ریشه (عصب کشی)

با توجه به اینکه دندانپزشک معالج، جهت انجام درمان ریشه می بایست نسبت به تهیه رادیوگرافی پری اپیکال قبل و بعد از انجام کار اقدام نماید، لذا به منظور محاسبه تعداد کانال های درمان شده ریشه دندان، ارسال رادیوگرافی های پری اپیکال قبل و بعد از انجام کار ضروریست. در غیر اینصورت تعداد کانالهای درمان ریشه دندانها معادل یک کانال محاسبه و پرداخت می شود.

۳-۳-د) درمان بیماریهای لثه و کشیدن دندان با روش جراحی

جهت پرداخت هزینه های درمان بیماریهای لثه و جراحی دندان نهفته ارائه گرافی OPG قبل درمان الزامیست.

توجه: تاریخ گرافی های تشخیصی می بایست در بازه زمانی قرارداد باشد .

۴-۳-د) روکش دندان

جهت پرداخت هزینه روکش دندان ها، در موارد بیش از یک واحد، ارائه گرافی قبل و بعد از درمان الزامیست .

توجه: تاریخ گرافی های تشخیصی می بایست در بازه زمانی قرارداد باشد .

۵-۳-۵) درمان ایمپلنت

۱-۵-۳) ضوابط پرداخت هزینه های درمان ایمپلنت :

جهت پرداخت هزینه درمان ایمپلنت ، ارائه اسکن C.B.C.T یا O.P.G قبل از شروع کار و رادیوگرافی پری اپیکال بعد از انجام کار الزامی می باشد.

توجه ۱: جهت پرداخت هزینه ایمپلنت، الزاماً هر مرحله از انجام درمان و رادیوگرافی های مربوطه می بایست در مدت زمان اعتبار بیمه نامه باشد .

توجه: تاریخ گرافی های تشخیصی می بایست در بازه زمانی قرارداد باشد .

۲-۵-۳) نحوه پرداخت هزینه درمان ایمپلنت :

هزینه های ایمپلنت پس از تأیید اولیه و تأیید نهایی با توجه به مستندات مربوطه ، طی دو نوبت به شرح ذیل پرداخت می گردد :

۱- نوبت اول: پس از جراحی و گذاشتن فیکسچر

۲- نوبت دوم: پس از گذاشتن تاج

توجه: تفکیک هزینه جراحی، کارگذاری فیکسچر و گذاشتن تاج بصورت مجزا توسط دندانپزشک معالج ضروری می باشد .

۶-۳-۵) درمان ارتودنسی

پرداخت هزینه های ارتودنسی مشروط به خاتمه انجام کار یا بخشی از درمان در طول مدت اعتبار بیمه نامه جاری می باشد

۱-۶-۳) ضوابط پرداخت هزینه های درمان ارتودنسی :

۱- ارائه فاکتور بابت مبلغ کل هزینه درمان ارتودنسی دریافت شده توسط پزشک معالج

۲- قید اقساط پرداختی در نسخه (گواهی اقساط پرداختی به پزشک) (حداکثر مبلغ قابل پرداخت تا سقف ۵۰ درصد تعرفه ارتودنسی می باشد)

۳- مشخص بودن مدت زمان انجام درمان ارتودنسی در نسخه (شروع و پایان)

۴- ارائه گرافی لترال سفالومتری +فتوگرافی اولیه

۵- ارائه گرافی OPG همراه با براکت یا ارسال پرینت عکس دندانها با براکت (عکس گرفته شده توسط خود بیمار) الزامیست (منظور از دندان براکت شده ، دندان سیم کشی شده است)

پرداخت هزینه ارتودنسی صرفاً با تایید شرکت بیمه گر می باشد

۲-۶-۳) نحوه پرداخت هزینه درمان ارتودنسی :

هزینه های ارتودنسی ثابت (در حد متعارف) در صورتی که جنبه درمانی داشته باشد، در طی دو دوره قرارداد متوالی حداکثر ۵۰٪ تعرفه در دوره اول قرارداد و ۵۰٪ باقیمانده در دوره دوم قرارداد تا سقف تعهد بیمه شده طبق برآورد دندانپزشک معالج در ابتدای درمان بلامانع می باشد

توجه: هزینه پلاک متحرک (ارتودنسی غیرثابت) صرفاً برای یک بار در طول بیمه نامه قابل پرداخت است. لیکن هزینه براکت شکسته شده غیرقابل پرداخت می باشد.

۷-۳-د) دندان مصنوعی

پرداخت هزینه دندان مصنوعی و نیز پلاک کروم کبالت و همچنین پلاک آکریلی ، پس از ارسال پرینت عکس توسط تلفن همراه (یک بار داخل دهان و یک بار خارج از دهان) هر ۵ سال یکبار قابل رسیدگی و پرداخت می باشد.

توجه : پرداخت هزینه دندان مصنوعی و نیز کرم کبالت و پلاک آکریلی که توسط دندان ساز تجربی انجام گرفته باشد معادل ۵۰٪ هزینه های انجام شده قابل پرداخت خواهد بود.

۸-۳-د) دندان پزشکی مربوط به بخش اطفال

۱-۳-۸-د) پلاک فضا نگهدارنده ثابت یا متحرک:

جهت پرداخت هزینه پلاک فضا نگهدارنده ثابت یا متحرک ، ارائه پرینت عکس گرفته شده توسط خود بیمار از پلاک ضروریست .

۲-۳-۸-د) درمان روکش (S.S.crown) :

جهت پرداخت هزینه درمان روکش اطفال، ارائه پرینت عکس توسط تلفن همراه بعد از درمان الزامیست.

۴-د) دندانپزشکی تحت بیهوشی

در صورت انجام خدمات دندانپزشکی هریک از بیمه شدگان تحت بیهوشی ، کلیه هزینه های صورتحساب (شامل : حق الزحمه پزشک بیهوشی ، جراح، اتاق عمل ، دارو ، وسایل مصرفی ، تخت و ...) بصورت گلوبال (یکجا) مطابق تعرفه از سقف تعهدات دندانپزشکی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

هزینه بیهوشی صرفاً برای گروه های ذیل قابل بررسی می باشد:

۱- کلیه معلولین ذهنی و جسمی

۲- بیماران غیر همکار صرفاً برای سنین کمتر از ۷ سال (منظور از بیماران غیر همکار، بیمارانی می باشند که با دندانپزشک همکاری نمی نمایند) .

توجه: منظور از خدمات بیهوشی در حین دندانپزشکی صرفاً آن دسته از خدمات است که شرایط استاندارد اتاق عمل مجهز به تجهیزات بیهوشی و حضور متخصص بیهوشی و ارائه برگه استاندارد بیهوشی باشد .

۵-د) استثنائات در ارائه رادیوگرافی دندان

ارائه رادیوگرافی دندان توسط بیمه شدگان در موارد ذیل الزامی نمی باشد

۱-۵-د) بیماران عقب مانده ذهنی و جسمی (اعم از خردسال و بزرگسال):

در صورت انجام خدمات دندانپزشکی جهت بیماران عقب مانده ذهنی و جسمی (اعم از خردسال و بزرگسال) ارائه رادیوگرافی قبل یا معاینه بیمار ضروری نمی باشد و صرفاً ارائه تصویر کارت بهزیستی یا کارت شناسائی بیمه شده به همراه هزینه انجام شده کفایت می نماید.

۲-۵-د) کلیه بیمارانی که به هر دلیلی منع انجام رادیوگرافی دارند:

ارائه رادیوگرافی جهت کلیه بیمارانی که به هر دلیلی منع انجام رادیوگرافی دارند مانند خانمهای باردار با ارائه مدارک مثبت (آزمایش HCG - B و یا سونوگرافی) و نیز کودکان زیر ۱۰ سال الزامی نمی باشد.

۳-۵-د) در صورت وجود سیستم رادیوگرافی R.V.G در مراکز درمانی دندانپزشکی:

در صورت وجود سیستم رادیوگرافی R.V.G در مراکز درمانی دندانپزشکی مورد مراجعه بیمه شدگان ، ارائه پرینت یا سی دی آن مورد قبول می باشد.

۶-د) تعریف انواع گرافی در دندانپزشکی

• **OPG**: نامهای دیگر این تکنیک پانورکس و پانورامیک می باشد. در این تکنیک فکهای بالا و پایین (مگزایلا و ماندیبول) به همراه همه دندانها رویت میگردند. در گرافی OPG وضعیت استخوان و دندانها و نهفتگی ها خصوصاً دندانهای عقل و کیست ها و تومورها قابل مشاهده می باشد .

به عبارتی نوعی روش عکسبرداری (کلیشه بزرگ) از دندانها می باشد که یک نمای کلی از موقعیت تمام دندانها و استخوان های فک بالا و پائین را نمایش می دهد .

● **پری اپیکال (P.A) :** معمولترین نوع رادیو گرافی مورد استفاده دندانپزشکان می باشد که چند دندان را پوشش می دهد. این گرافی برای تشخیص ناهنجاریهای تک دندان یا ناحیه کوچکی از دهان (شامل چند دندان) تجویز می گردد. گرافیهای رایج در دندانپزشکی گرافیهای پری اپیکال میباشد و معمولا یک گرافی برای مشاهده وضعیت دندانی خاص کافی میباشد. در معالجه ریشه دندان (روت کانال تراپی) ۳ یا ۲ گرافی پری اپیکال، قبل، ضمن و بعد از عمل تهیه می گردد.

بنابراین P.A نوعی روش عکسبرداری (کلیشه کوچک تک دندانی) که جهت بررسی طول ریشه و ضایعات و ... یک یا دو دندان تهیه می گردد.

● **اسکن CBCT :** نوعی تصویر برداری (اسکن) ۳ بعدی است که جهت جایگذاری ایمپلنت های دندانی ، مشخص شدن کیفیت و کمیت استخوان و بالا بردن سینوس و تومورهای فکی استفاده می شود.

● **سفالومتری :** سفالومتر نوعی دستگاه است که سر را با ابزاری نگه می دارد و از آن با اشعه ایکس تصویربرداری می کند. و در درمانهای ارتودنسی برای تشخیص ناهنجاریهای دندانی بکار می رود. سفالومتری در دو وضعیت رخ و نیم رخ انجام می شود، نوعی روش عکسبرداری است که به منظور اندازه گیری جمجمه، فک، دندان و صورت انجام می شود. به عکس حاصل از این روش سفالوگرام گفته می شود. سفالوگرام، گرافی است که دندانپزشکان، جراحان دهان فک و صورت از آن به عنوان نقشه درمان استفاده می کنند. سفالوگرام ارتباط بین نسج نرم و استخوان ها را نشان می دهد و به تشخیص اختلالات رشد قبل از درمان و حین درمان جهت ارزیابی پیشرفت کمک می کند.

● **فتوگرافی :** یکی از اعمال انجام ارتودنسی گرفتن فتوگرافی (عکس پرسنلی) از بیمار در حالتهای مختلف است که هزینه آن در تعهد نمی باشد.

نوعی عکسبرداری است که توسط دوربین داخل دهانی در مطب و یا توسط دوربین معمولی (توسط خود بیمه شده) انجام می گردد. در پرینت گرافی ارسالی ، رویت تصویر کامل صورت بیمار به همراه تصویری واضح از خدمت یا خدمات انجام شده حسب درخواست بیمه گر الزامی است.

مشاهده اطلاعات درمانی و استعلام خسارت بیمه شدگان

❖ بیمه شدگان می توانند از طریق مراجعه به آدرس <https://sinad.karafarin-insurance.ir> بخش پنل بیمه شده مراجعه و کلیه هزینه

های درمانی خود را با ملاحظه نمایند.

توجه: سایر موارد مطابق شرایط و مقررات بیمه نامه می باشد.

ه-۱) اصل حسن نیت

به استناد ماده ۴ شرایط عمومی بیمه نامه ، چنانچه معلوم شود هریک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است.

ه-۲) به استناد ماده ۷ شرایط عمومی بیمه نامه ، هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارایه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است ، نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه شدگان حذف می شود و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه های تشخیصی- درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه شده است.

ثبت خسارت در سامانه بیمه گر (اپ سامانه سیناد)

۱- جهت استفاده از پنل بیمه شده و سامانه اپ رسا نام نویسی در سامانه رسا از طریق لینک
<https://sinad.karafarin-insurance.ir/DarmanAfzar.Customer/index.html>

با آرزوی سلامتی برای شما
شرکت بیمه کارآفرین