

باستحضار میرساند جهت شفاف‌سازی و یکپارچگی تحویل مدارک درمانی شیوه‌نامه به شرح ذیل تنظیم و به حضور ارسال میگردد.

هزینه‌های بیمارستانی:

- ۱- اصل گواهی پرداخت سهم بیمه‌گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...)
- ۲- ارسال دستور پزشک مبنی بر علت بستری ممهور به مهر و امضاء پزشک.
- ۳- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر بیمارستان.
- ۴- اصل صورت حساب پزشکان ممهور به مهر بیمارستان.
- ۵- ارسال دستورات پزشک در طول بستری.
- ۶- اصل گواهی پزشکان معالج، شرح حال اولیه، خلاصه پرونده، مشاوره، شرح عمل، برگه بیهوشی (همراه با چارت بیهوشی) و ممهور به مهر پزشک و کمک جراح.
- ۷- ارسال ریز دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر و امضاء پزشکان جراح، بیهوشی، سرپرست اتاق عمل.
- ۸- ارسال اصل فاکتورهای معتبر و یا تصویر برابر اصل در صورت وجود بیمه پایه از اورتز و پروتزهای مصرف شده جهت درمان بیمار همراه با لیبل مربوطه، گرافی قبل و بعد از عمل و ارائه گواهی تأیید مصرف آن توسط پزشک معالج و مهر و امضاء مسئول اتاق عمل.
- ۹- ارسال تأییدیه کتبی پزشک متعمد جهت مواردیکه طبق مفاد قرارداد نیاز به تأیید دارد.
- ۱۰- ارسال گزارش انجام آندوسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوار عصب و عضله، رادیولوژی، MRI، CT و....
- ۱۱- ارسال برگه سیر بیماری (جهت بیمارانی که تحت درمان طبی قرار می‌گیرند) با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک معالج.
- ۱۲- ارسال گزارش فیزیوتراپی مبنی بر تعداد جلسات با ذکر تاریخ و نوع خدمات انجام شده با توجه به درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر فیزیوتراپیست.
- ۱۳- در صورت ارسال پرونده به بیمه‌گر پایه کپی برابر اصل اسناد فوق مورد تأیید می‌باشد.

درمانگاه:

- ۱- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت ممهور به مهر و امضاء پزشک در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) و یا با توجه به حذف دفترچه های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت)، چاپ پرینت از سامانه بیمه گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه پایه در دستور پزشک معالج الزامی است.
- ۲- اصل صورت حساب پزشکان و خدمات ارائه شده ممهور شده به مهر درمانگاه.
- ۳- ارسال ریز دارو و لوازم مصرفی ممهور به مهر و امضاء پزشکان جراح، بیهوشی، سرپرست اتاق عمل.
- ۴- ارسال برگه شرح عمل، برگه بیهوشی ممهور به مهر پزشکان و درمانگاه.
- ۵- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش انجام آندوسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوار عصب و عضله، رادیولوژی، CT، MRI و ...
- ۶- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش فیزیوتراپی مبنی بر تعداد جلسات و نوع خدمات انجام شده با توجه به درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر فیزیوتراپیست.

مرکز جراحی محدود:

- ۱- ارسال تصویر صفحه اول دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...)
- ۲- ارسال دستور پزشک مبنی بر علت بستری ممهور به مهر و امضاء پزشک.
- ۳- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر مرکز جراحی
- ۴- اصل صورت حساب پزشکان ممهور به مهر مرکز جراحی
- ۵- ارسال دستورات پزشک در طول بستری.
- ۶- اصل گواهی پزشکان معالج، شرح حال اولیه، خلاصه پرونده، مشاوره، شرح عمل، برگه بیهوشی (همراه با چارت بیهوشی) و ممهور به مهر پزشک و کمک جراح.
- ۷- ارسال ریز دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر و امضاء پزشکان جراح، بیهوشی، سرپرست اتاق عمل.
- ۸- ارسال اصل فاکتورهای معتبر و یا تصویر برابر اصل در صورت وجود بیمه پایه از اورتز و پروتزهای مصرف شده جهت درمان بیمار همراه با لیبل مربوطه، گرافی قبل و بعد از عمل و ارائه گواهی تأیید مصرف آن توسط پزشک معالج و مهر و امضاء مسئول اتاق عمل.
- ۹- ارسال تأییدیه کتبی پزشک متعمد جهت مواردیکه طبق مفاد قرارداد نیاز به تأیید دارد.

- ۱۰- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش انجام آندوسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوار عصب و عضله، رادیولوژی، CT، MRI و...
- ۱۱- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل برگه سیر بیماری (جهت بیماریانی که تحت درمان طبی قرار می‌گیرند) با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک معالج.
- ۱۲- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش فیزیوتراپی مبنی بر تعداد جلسات و نوع خدمات انجام شده با توجه به درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر فیزیوتراپیست.

آزمایشگاه:

- ۱- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت (در خصوص آزمایشات ژنتیک و غربالگری علت درخواست آزمایش توسط پزشک معالج مشخص شود) ممهور به مهر و امضاء پزشک در دفترچه درمانی سازمان‌های بیمه‌گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) و یا با توجه به حذف دفترچه‌های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه‌گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت)، چاپ پرینت از سامانه بیمه‌گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه پایه در دستور پزشک معالج الزامی است.
- ۲- ارسال جواب آزمایشات پاتولوژی، ژنتیک، ناباروری، تست‌های غربالگری جنین و تومور مارکرها با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک.
- ۳- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر آزمایشگاه.

تصویربرداری:

- ۱- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت ممهور به مهر و امضاء پزشک در دفترچه درمانی سازمان‌های بیمه‌گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) و یا با توجه به حذف دفترچه‌های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه‌گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت)، چاپ پرینت از سامانه بیمه‌گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه پایه در دستور پزشک معالج الزامی است.
- ۲- ارسال گزارش تصویربرداری با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک.
- ۳- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر مرکز.

تجهیزات پزشکی:

- ۱- دستور تجهیز با قید نام بیمه‌شده و اقلام مورد نیاز جهت جراحی و تعداد مورد نیاز و مهمور به مهر جراح.
- ۲- فاکتور معتبر و رسمی از شرکت تجهیزات پزشکی. توضیحات: مشخصات فاکتور معتبر: در سربرگ رسمی که در آن نام، آدرس و تلفن شرکت، کد اقتصادی، شماره ثبت شناسه ملی شرکت تجهیزات پزشکی، نام و مشخصات کامل خریدار (کد ملی، آدرس، تلفن و...) و مشخصات کالا (شرح کالا، مدل، کد IRC، شماره سریال، تعداد، شرکت سازنده، کشور سازنده، قیمت واحد، قیمت کل) ذکر شده و مهمور به مهر و امضای فروشنده باشد.
- ۳- صورت حساب بیمارستانی مرتبط با جراحی.
- ۴- گزارش عمل جراحی (شرح عمل) با قید مشخصات بیمه‌شده به همراه مهر جراح و اتاق عمل.
- ۵- کپی صورت حساب بیمارستان با قید مشخصات بیمه‌شده به همراه مهر بیمارستان.
- ۶- کپی کارت ملی و صفحه اول دفترچه درمانی بیمه‌شده.
- ۷- ارائه گرافی قبل و بعد از عمل در جراحی‌های ارتوپدی و ارائه مدارک مثبت دال بر بکارگیری تجهیزات مورد نظر در حین جراحی (علاوه بر شرح جراحی) در خصوص سایر جراحی‌ها.
- ۸- ارائه تاییدیه جراحی پزشک معتمد بیمه دی در خصوص مواردیکه نیاز به تایید دارد.
- ۹- ارسال پیش فاکتور تاییدشده بیمه دی در خصوص مواردیکه نیاز به تایید دارد.

سمعک و شنوایی سنجی:

- ۱- اصل دستور پزشک متخصص مبنی بر شنوایی سنجی.
- ۲- اصل صورت حساب خدمات ارائه شده ممهور به مهر و امضاء مرکز شنوایی سنجی.
- ۳- اصل دستور تجویز سمعک توسط پزشک متخصص
- ۴- اصل فاکتور فروش و تعمیر سمعک ممهور به مهر مرکز شنوایی سنجی.
- ۵- کپی کارت گارانتی سمعک.
- ۶- درج نام کالا، برند، تعداد، قیمت، شماره سریال، نام شرکت و کشور تولیدکننده محصول در کلیه فاکتورهای ارسالی شرکت فروشنده سمعک.
- ۷- ارائه اصل یا تصویر گزارش کامل شنوایی ممهور به مهر و امضاء مرکز شنوایی سنجی با قید مشخصات کامل بیمار.

داروخانه:

- ۱- تصویر شفاف نسخه پزشک به همراه ریز اقلام و ریز قیمت به همراه مهر پزشک و داروخانه در دفترچه درمانی سازمان‌های بیمه‌گر (تأمین اجتماعی - خدمات درمانی و ...) و یا با توجه به حذف دفترچه‌های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه‌گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت)، چاپ پرینت از سامانه بیمه‌گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه پایه در دستور پزشک معالج الزامی است.
- ۲- در نسخ داروهای آزاد ارسال اصل برگه دفترچه درمانی و یا با توجه به حذف دفترچه‌های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه‌گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت)، چاپ پرینت از سامانه بیمه‌گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه پایه در دستور پزشک معالج الزامی است.
- ۳- ارائه برگه پر فوراً داروخانه ممهور به مهر داروخانه
- ۴- در نسخ بیماران خاص و صعب‌العلاج ارائه مدارک مثبت‌دهنده در صورت درخواست کارشناس دارویی الزامیست.
- ۵- رونوشت توضیحات پزشک معالج در مورد نسخ مخدوش. (تاریخ و تعداد و نام دارو).

عینک:

- ۱- اصل صورت حساب ممهور به مهر و امضاء عینک‌سازی.
- ۲- اصل دستور تجویز عینک طبی با قید نمره چشم توسط چشم‌پزشک و یا کارشناس بینایی‌سنجی (اپتومتریست).
- ۳- اصل پرینت کامپیوتری نمره چشم با قید مشخصات کامل بیمه شده به همراه مهر چشم‌پزشک و یا کارشناس بینایی‌سنجی.

فیزیوتراپی:

- ۱- ارسال دستورات پزشک متخصص مرتبط مبنی بر نوع خدمت ممهور به مهر و امضاء پزشک در دفترچه درمانی سازمان‌های بیمه‌گر (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...).
- ۲- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش فیزیوتراپی مبنی بر تعداد جلسات با ذکر تاریخ و نوع خدمات انجام شده با توجه به درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر فیزیوتراپیست.
- ۳- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر و امضاء مرکز فیزیوتراپی و ذکر مشخصات کامل و تاریخ هر جلسه و امضاء بیمار.

توانبخشی:

- ۱- ارسال دستورات پزشک متخصص مرتبط مبنی بر نوع خدمت ممهور به مهر و امضاء پزشک در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) و نوع بیماری بیمه شده و علت در خواست توسط پزشک معالج مشخص شود.
- ۲- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر و امضاء مرکز توانبخشی و ذکر مشخصات کامل بیمار.
- ۳- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش خدمت انجام شده مبنی بر تعداد جلسات با ذکر تاریخ و نوع خدمات انجام شده با توجه به درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر درمانگر.

دندانپزشکی:

- ۱- اصل ریز صورت حساب با ذکر دقیق نوع خدمات ارائه شده ممهور به مهر و امضاء دندانپزشک با قید مشخصات بیمه شده.
- ۲- مدارک مورد نیاز مطابق با موارد موجود در ابلاغیه تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد. (در صورت درخواست گرافی توسط دندانپزشک معتمد گرافی باید دارای تاریخ و مشخصات بیمه شده باشد).
- ۳- ارسال اصل تاییدیه دندانپزشک معتمد جهت موارد نیازمند تایید، موجود در ابلاغیه تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی

خدمات مشاوره:

- ۱- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر روانپزشک، دکتری روانشناسی، روانشناس ارشد پروانه دار به همراه نوع خدمات ارائه شده با ذکر تاریخ و مشخصات بیمه شده در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) یا سربرگ مرکز یا مطب و ذکر علت مشاوره و عنوان بیماری بیمه شده

ارتز یا پروتز:

- ۱- ارسال تصویر صفحه اول دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...)
- ۲- ارسال دستور پزشک ممهور به مهر و امضاء پزشک متخصص مرتبط.

- ۳- اصل فاکتور فروش ارتز و پروتز با قید مشخصات بیمه شده و همراه با مهر کلینیک ارتوپدی فنی.
- ۴- اصل رضایت نامه بیمه شده مبتنی بر تحویل و رضایت از ارتز یا پروتز.
- ۵- اصل یا تصویر گواهی تفکیک درصد جانبازی در موارد مورد نیاز طبق مفاد شیوه نامه بنیاد شهید.

مطب پزشک:

- ۱- ارسال اصل یا تصویر ویزیت پزشک ممهور به مهر و امضاء پزشک در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) یا سربرگ پزشک و یا با توجه به حذف دفترچه های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت)، چاپ پرینت از سامانه بیمه گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه پایه در دستور پزشک معالج الزامی است.
- ۲- ارسال اصل یا تصویر گزارش خدمات مجاز در مطب مانند اکو قلب، نوار قلب، تست ورزش، نوار عصب و عضله و... به همراه مهر و امضاء پزشک.

آمبولانس:

- ۱- اصل قبض هزینه آمبولانس ممهور به مهر مرکز درمانی مبدا و مقصد (در خدمت برون شهری یا ذکر کیلومتر و زمان).
- ۲- اصل دستور پزشک مبنی بر درخواست انتقال بیمار به مرکز درمانی
- ۳- مدارک مبنی بر بستری در مرکز درمانی (خلاصه پرونده، شرح حال و ...)

پیوند اعضاء بدن:

- ۱- قرارداد محضری بین دهنده و گیرنده.
- ۲- نامه انجمن حمایتی.
- ۳- ارائه کپی صورت حساب و شرح عمل (استثناء پیوند مغز استخوان شامل موارد فوق نمی شود).