

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شبه نامه اجر المیر

قرارداد درمان گروهی دانشگاه آزاد اسلامی

مدیریت بیمه‌های درمان

بهمن ۱۴۰۰

پیوست شماره دو



رهنمودی از مقام معظم رهبری:

باید کاری کنیم که بیماران جزرنج بیماری، درد و دغدغه دیگری نداشته باشند.

الف) بخش صدور معرفی نامه (پاراکلینیکی - بستری)

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

جهت تسهیل فرآیند بهره مندی کارکنان از خدمات تشخیصی - درمانی مندرج در قرارداد ، کلیه بیمه شدگان می توانند با به همراه داشتن مدارک مشروحه ذیل ، به کارشناسان بیمه ملت مراجعه نموده و یا به صورت آنلاین نسبت به دریافت معرفی نامه مراکز درمانی طرف قرارداد اقدام نمایند :

با توجه به راه اندازی صدور معرفی نامه اینترنتی در برخی از مراکز تشخیصی و بیمارستانهای طرف قرارداد ، بیمه شدگان می توانند پس از مراجعه به سایت بیمه ملت 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 اینترنتی توسط آن مرکز دریافت نمایند .

۱- دستور پزشک معالج با ذکر نوع بیماری ، تاریخ بستری (پذیرش)

۲- اصل و تصویر کارت ملی

توجه ۱ : چنانچه بیمه شده نسبت به اخذ معرفی نامه از شرکت بیمه ملت (به صورت مستقیم و غیر اینترنتی) اقدام نموده و به هر دلیلی از معرفی نامه صادره استفاده نگردد ؛ می بایست بیمه شده در اسرع وقت معرفی نامه را جهت ابطال به شرکت بیمه ملت عودت نماید .

توجه ۲ : با عنایت به انعقاد قرارداد با مراکز درمانی در سراسر کشور ، 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 .

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

<https://melat.ir/>

۱-۱ الف) بررسی جنبه زیبایی / درمانی / غیر درمانی نوع جراحی توسط پزشک معتمد در زمان صدور معرفینامه

اظهار نظر پزشک معتمد بیمه گر در خصوص اعمال جراحی ذیل، قبل از انجام جراحی و همچنین قبل از صدور معرفینامه 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 بایستی ارائه گردد.
- جراحی واریس پا / لیزر واریس پا مدارک : گزارش سونوگرافی قبل از عمل جراحی بایستی ارائه گردد.
- انواع جراحی بینی (سپتوپلاستی ، رینوپلاستی و ...) مدارک : گزارش رادیوگرافی و سی تی اسکن قبل از عمل جراحی بایستی ارائه گردد.
- انواع جراحی پستان (ماموپلاستی و ...) مدارک : گزارش پاتولوژی ، ماموگرافی و سی تی اسکن قبل از عمل جراحی بایستی ارائه گردد.
- پیوند پوست / گرافت پوستی : مدارک : گزارش پاتولوژی قبل از عمل (بررسی در خصوص وسعت پیوند پوست) جراحی بایستی ارائه گردد.
- جراحی پلک (بلفاروپلاستی ، بلفاروپتوز) مدارک : گزارش بینایی سنجی قبل از عمل ، پریمتری یا تعیین بینایی قبل از عمل جراحی بایستی ارائه گردد.
- کورتاژ تخلیه / سقط مدارک : گزارش سونوگرافی و آزمایشات بارداری بایستی ارائه گردد. (جهت احراز قانونی بودن نوع عمل / بدون نیاز به معاینه بیمار)
- جراحی بای پس معده (اسلیو معده) این عمل صرفاً پس از اندازه گیری قد و وزن بیمار توسط پزشک معتمد و حصول اطمینان از چاقی مفرط بیمار و $BMI \geq 42$ بیمار ، و تایید بیمه گر پایه و پس از اخذ سهم بیمه شده قابل پرداخت است. جهت این عمل به هیچ وجه معرفی نامه صادر نمی گردد.

۱-۲ ب) 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 .
- 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 .
- رفع عیوب انکساری (لیزیک) : پس از بررسی برگه اپتومتری 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 .

ب) بخش بستری

- ۱-۱) 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 مشروح ذیل به بیمه گر اقدام نمایند.
- ۱-۱-۱) اصل صورتحساب بیمارستان و پزشکان ممهور به مهر بیمارستان
- ۱-۲) گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری
- ۱-۳) در صورت انجام جراحی، گواهی پزشک جراح، کمک جراح، بیهوشی و ...
- ۱-۴) ریز صورتحساب آزمایش، رادیولوژی، سونوگرافی، ام آر آی، آکو، اسکن و... به همراه گزارشات اقدامات مذکور
- ۱-۵) 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) در صورت انجام فیزیوتراپی، ارائه گواهی تعداد جلسات، تاریخ انجام آنها و اقدامات انجام شده در هر جلسه ضروری است.
- ۱-۷) تصویر شرح عمل، خلاصه وضعیت بیمار و سایر بیماری و برگ بیهوشی (در صورت انجام جراحی)
- ۱-۸) سایر مدارک پزشکی مربوطه مندرج در صورتحساب (ارائه جوابیه پاتولوژی و...)
- ۱-۹) ارائه تاییدیه پزشک معتمد بیمه گر طبق بند ۱-۱ این شیوه نامه

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

- ۲-۱) ملاک عمل در پرداخت هزینه های بستری، ارائه اصل کلیه مدارک توسط بیمه شده می باشد. لذا در صورت ارائه فاکتور المثنی یا تصویر مدارک، اسناد مربوطه قابل رسیدگی نخواهد بود.
- ۲-۲) درج مهر درگواهی پزشکان، گواهی ویزیت و گواهی مشاوره و سایر اسناد مربوطه الزامی می باشد.
- ۲-۳) در صورتی که بیمه شدگان دارای بیمه گر اول باشند و از بیمارستان های غیر طرف قرارداد استفاده کرده باشند، بیمه شدگان می توانند ابتدا مدارک پزشکی را به بیمه گر پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) ارائه نموده و پس از اخذ سهم بیمه گر اول، رسید دریافتی و یا کپی چک خسارت دریافتی از سازمان اسناد پزشکی را به همراه تصویر برابر با اصل کلیه مدارک پرونده بستری به شرکت بیمه ملت ارائه نمایند. (باستثناء سازمان خدمات درمانی که مدارک را برابر با اصل نمی نماید).
- توجه: پس از پرداخت خسارت توسط بیمه ملت، اصل مدارک درمانی جهت استفاده از بیمه گر اول به هیچ وجه به بیمه شده مسترد نمی گردد.
- ۲-۴) 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) 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) 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) 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 و یا بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد مراجعه نمایند؛ محاسبه و پرداخت هزینه ها، طبق تعرفه و پس از کسر کسورات از جمله فرانشیز، مابه التفاوت تخت خصوصی و ... انجام میگردد.

توجه: مبالغی که برخی از پزشکان به صورت جداگانه و خارج از صورت حساب 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 صورت حساب، مابه التفاوت آن پرداخت خواهد شد.

۳-۲- ب) فرانشیز بیمه نامه: فرانشیز قرارداد ۱۰٪ می باشد و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر اول می بایست بیمه شده فرم انصراف را امضا نموده و بیمه گر هزینه درمانی را پس از کسر فرانشیز به بیمه شده پرداخت می نماید.

۳-۳- ب) هزینه های تخت همراه: هزینه تخت همراه برای بیماران کمتر از ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال 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 خصوصی (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 (با استثناء جنون): از محل سقف تعهدات بستری مطابق تعرفه های اعلامی وزارت بهداشت و درمان محاسبه و پرداخت می باشد.

۳-۶- ب) هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری: هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری (شامل IUI, ZIFT, GIFT, IVF و میکروانجکشن)، پس از اخذ مدارک مثبت برای هر یک از زوجین مطابق تعرفه های اعلامی وزارت بهداشت و درمان قابل محاسبه و پرداخت می باشد. توجه: هزینه مربوط به تعیین جنسیت جنین قابل پرداخت نمی باشد.

۳-۷- ب) هزینه خرید اعضای طبیعی بدن: هزینه خرید اعضای طبیعی بدن از جمله خرید کلیه به همراه صورت حساب بستری، با تایید پزشک معتمد بیمه گر، مطابق فاکتور انجمن حمایتی مربوطه قابل پرداخت می باشد.

۳-۸- ب) هزینه آمبولانس (درون شهری و برون شهری): هزینه انتقال بیمار توسط آمبولانس (از منزل به بیمارستان و یا از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر) به شرط بستری بیمار قابل پرداخت می باشد.

۳-۹- ب) هزینه رفع عیوب انکساری: پرداخت هزینه های رفع عیوب انکساری چشم (شامل لیزیک، لازک و...) با شماره ۳ دیویتر به بالا برای هر چشم، پس از تایید توسط پزشک معتمد بیمه گر، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ج) بخش سرپایی و پاراکلینیکی

کلیه هزینه های سرپایی شامل رادیولوژی، ام آر آی و ... و اعمال مجاز سرپایی، مطابق تعرفه ها و کدهای اعلامی وزارت بهداشت و درمان و با اعمال فرا نشیز بیمه نامه (در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر اول) محاسبه و پرداخت خواهد بود.

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

۱- دستور پزشک معالج

۲- اصل فاکتور (قبض) ممهور به مهر مرکز درمانی

۳- گزارش یا جواب هزینه انجام شده

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

۱-۳- 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.

۲-۳- ج) درج نام و نام خانوادگی بیمار، تاریخ ویزیت یا فاکتور و مبلغ پرداختی در مدارک ارسالی الزامی می باشد.

۳-۳- ج) در صورت مخدوش بودن نسخ ارسالی اعم از لاک گرفتگی، خط خوردگی (شامل نام و نام خانوادگی، تاریخ نسخه و ...) مدارک قابل پرداخت نبوده و عودت می گردد.

۴-۳- 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) هزینه ویزیت (سرپایی)

پرداخت هزینه ویزیت پزشکان، منوط به درج مبلغ آن توسط پزشک معالج در سربرگ مجزا ممهور به مهر و امضاء می باشد.

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

توجه: هزینه کارشناسان پروانه دار غیر قابل پرداخت می باشد

۲-۳- ج) ضوابط پرداخت هزینه نسخ دارویی

ارسال اصل نسخه ممهور به مهر پزشک معالج، مهر داروخانه و درج مبلغ دارو الزامی است.

در صورتی که نسخ به صورت الکترونیکی تجویز شده باشد موارد ذیل می بایست رعایت شود:

اصل فاکتور داروخانه که ممهور به مهر مرکز بوده - درج ریز اقلام دارویی - درج ریز قیمت ها (توسط داروخانه) - درج سهم بیمه گر

پایه - درج اختلاف قیمت - درج سهم بیمار - درج مبلغ کل

۱-۳-۲- ج) داروهای ایرانی

هزینه داروهای ایرانی که جنبه درمانی داشته و در فهرست فارماکوپه ایران باشند، با ارائه دستور پزشک و ارائه سند پرداخت هزینه،

ممهور به مهر داروخانه قابل پرداخت می باشد.

۲-۲-۳- ج) داروهای خارجی

داروهای خارجی در صورت تجویز توسط پزشک متخصص مرتبط و ارائه دلیل استفاده از داروی خارجی با کسر ۳۰٪ فرانشیز، قابل

پرداخت می باشد.

۳-۲-۳- ج) داروهای پوستی

داروهای پوستی صرفاً جهت بیماری های پوستی شامل پسوریازیس - ویتیلیگو - لیکن پلان با ارائه مدارک مثبت بیماری و تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد.

۴-۲-۳- ج) داروهای بیماران خاص و صعب العلاج

در رابطه با بیماران مبتلا به بیماری های خاص و صعب العلاج شامل ام اس، تالاسمی، هموفیلی، دیابت، نارسایی کلیه، سرطان، اوتیسم، صرع، و بیماریهایی که مورد تایید انجمن و بنیاد حمایت از بیماران خاص می باشد و می بایست از داروهای مربوط به بیماری های خاص و گران قیمتی بصورت مکرر استفاده می نمایند الزامیست مستندات و سوابق بیماری اخذ و پس از تایید پزشک معتمد بیمه گر کاردکس تشکیل گردد.

توجه: صرفاً داروهای مرتبط با همان بیماری قابل پرداخت می باشد
تبصره: نسخ دارویی خارج از فارماکوپه قابل پرداخت نمی باشد.

۵-۲-۳- ج) داروهای درمان نازایی و ناباروری

داروهای مرتبط با میکرواینجکشن شامل (HMG -Gonal-F- Cinnal-F) از محل بند نازایی تحت پوشش می باشد.

۶-۲-۳- ج) داروهای شیمی درمانی تزریقی - خوراکی

هزینه داروی شیمی درمانی تزریقی صرفاً با ارائه گواهی تزریق (کموتراپی) به همراه نسخه دارویی (ممههور به مهر پزشک متخصص و داروخانه) و هزینه داروی شیمی درمانی خوراکی از محل سقف تعهدات بستری های خاص (محل بند ۲ جدول تعهدات) قابل پرداخت می باشد.

۷-۲-۳- ج) داروهای مکمل

در خصوص بیماران خاص و صعب العلاج، زنان باردار و کودکان زیر ۵ سال با تجویز پزشک متخصص مرتبط پرداخت داروی مکمل از سقف تعهدات ویزیت و دارو بلامانع می باشد.

۳-۳- ج) آزمایش

ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های آزمایش :

۱- ارائه دستور پزشک معالج ۲- ارائه اصل قبض پرداختی، ممههور به مهر آزمایشگاه ۳- گزارش یا جواب آزمایش
توجه : هزینه آزمایش ژنتیک با ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر لزوم انجام آزمایش و تصویر جوابیه آزمایش و با تائید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد.

۴-۳- 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

۲- ارائه فاکتور ، ممههور به مهر مرکز مربوطه

۳- گزارش هزینه های انجام شده

۵-۳- ج) فیزیوتراپی، گفتار درمانی و کاردرمانی :

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

- ۱- ارائه دستور پزشک معالج مرتبط مبنی بر ذکر تعداد جلسات مورد نیاز جهت انجام خدمات فیزیوتراپی و ...
- ۲- ارائه فاکتور (گواهی پرداخت) ممهور به مهر مرکز مربوطه با درج تعداد جلسات و تاریخ های مراجعه بیمه شده
- توجه : پرداخت هزینه های فیزیوتراپی ، کایرو پراکتیک ، گفتار درمانی ، کاردرمانی ، رفتار درمانی بیش از تعداد ۱۰ جلسه در طول قرارداد ، 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.

۶-۳-ج) عینک

ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه عینک :

خرید عینک و لنز طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست (کمتر از یک دیوپتر صرفاً تجویز عینک توسط پزشک متخصص) (جبران هزینه عینک صرفاً در صورت تهیه از مراکز طرف قرارداد شرکت بیمه ملت تحت پوشش می باشد.)

۷-۳-ج) برداشتن زگیل

ضوابط پرداخت هزینه برداشتن زگیل :

جهت پرداخت هزینه برداشتن زگیل ، در صورتیکه تعداد زگیل و هزینه برداشتن آن متعارف باشد (حدود ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال) احتیاج به معاینه اولیه ندارد اما در صورت تکرار جلسات و نامتعارف بودن حق الزحمه پزشک معالج ، دعوت به معاینه بیمه شده قبل از انجام آن ضروری است.

۸-۳-ج) برداشتن ضایعات پوستی (skin tag)

ضوابط پرداخت هزینه برداشتن ضایعات پوستی :

برداشتن ضایعات پوستی (skin tag) ، جنبه درمانی نداشته و غیر قابل پرداخت می باشد

۹-۳-ج) طب سوزنی

ضوابط پرداخت هزینه طب سوزنی :

هزینه های طب سوزنی به ازای هر جلسه حداکثر معادل ویزیت متخصص در بخش خصوصی قابل پرداخت می باشد.

توجه : پرداخت هزینه های طب سوزنی صرفاً در مواردی که جنبه درمانی دارد و تعداد جلسات مورد نیاز جهت انجام آن ، پس از اخذ نظر پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری و تعداد جلسات مورد نیاز ، می بایست توسط پزشک معتمد بیمه گر تأیید گردد.

د) بخش دندانپزشکی

به منظور رفاه حال بیمه شدگان محترم، پیشنهاد می گردد متقاضیان استفاده از خدمات دندانپزشکی، ترجیحاً از مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد بیمه ملت (مطب ها و کلینیک های دندانپزشکی) استفاده نمایند

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 با اعمال تعرفه اعلامی سندیکا و حداکثر تا سقف جداول تعهدات بیمه نامه محاسبه و پرداخت می گردد.

۲-۲-د) پرداخت هزینه دندان مصنوعی و نیز کرم کبالت و پلاک آکریلی که توسط دندان ساز تجربی انجام گرفته باشد غیر قابل پرداخت خواهد بود.

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

۱- ۳-د) ترمیم دندان (پر 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.

۲- ۳-د) درمان ریشه (عصب کشی)

در هزینه های مربوط به درمان ریشه (عصب کشی) ارائه گرافی OPG قبل و بعد از کار الزامی است.

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

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

۴- ۳-د) روکش دندان

جهت پرداخت هزینه روکش دندان ها ارائه گرافی تک دندان قبل و بعد از درمان الزامیست. جهت پرداخت هزینه درمان روکش در

مواردی که بیش از ۳ واحد باشد، ارائه گرافی کل دهان (OPG) قبل و پس از درمان، ضروریست

۵- ۳-د) درمان ارتودنسی

۱- ۳-۵-د) ضوابط پرداخت هزینه های درمان ارتودنسی:

پرداخت هزینه ارتودنسی صرفاً تا سن ۱۸ سال تمام با رعایت ضوابط ذیل قابل پرداخت می باشد:

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

۲- قید اقساط پرداختی در نسخه (گواهی اقساط پرداختی به پزشک) در صورت پرداخت اقساطی

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)

۶- شروع درمان ارتودنسی باید در مدت قرارداد باشد. ۵۰ درصد هزینه ارتودنسی (ثابت) همزمان با شروع درمان محاسبه خواهد شد و

۵۰ درصد دوم پس از اتمام درمان و یا در سال دوم قرارداد قابل پرداخت می باشد.

توجه ۱: هزینه پلاک متحرک و یا براکت شکسته شده غیر قابل پرداخت می باشد.

توجه ۲: هزینه ارتودنسی برای افراد بالای ۱۸ سال در صورتیکه جنبه درمانی داشته باشد (حادثه و تصادف) با تأیید دندانپزشک معتمد

بیمه گر قابل بررسی میباشد.

۶- ۳-د) درمان ایمپلنت

۱- ۳-۶-د) ضوابط پرداخت هزینه های درمان ایمپلنت:

جهت پرداخت هزینه درمان ایمپلنت، ارائه اسکن C.B.C.T یا O.P.G قبل و بعد از کار الزامی می باشد. (هزینه C.B.C.T از سقف

پارا ۱۱ قابل پرداخت 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.

۲-۶-۳-د) نحوه پرداخت هزینه درمان ایمپلنت

هزینه های ایمپلنت پس از تائید اولیه و تائید 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 ، کارگزاری فیکسچر و گذاشتن تاج بصورت مجزا توسط دندانپزشک معالج ضروری می باشد.

در صورتیکه هر یک از دو مرحله درمان (۱- جراحی گذاشتن فیکسچر ایمپلنت و ۲- روکش ایمپلنت) در خارج از بازه قرارداد باشد، آن بخش قابل پرداخت نمی باشد.

۷-۳-د) دندان مصنوعی

پرداخت هزینه دندان مصنوعی و نیز پلاک کروم کبالت و همچنین پلاک آکریلی پس از تائید دندانپزشک معتمد بیمه گر صورت می گیرد.

در صورت صلاحدید شرکت ارزیاب، فوتوگرافی با گوشی موبایل از دندان مصنوعی و دهان در وضعیت قبلی و جدید و نیز گرافی کل دهان (OPG) می تواند جایگزین ویزیت توسط دندانپزشک معتمد شود.

توجه : پرداخت هزینه دندان مصنوعی و نیز کرم کبالت و پلاک آکریلی که توسط دندان ساز تجربی انجام گرفته باشد غیر قابل پرداخت خواهد بود.

۸-۳-د) دندان پزشکی مربوط به بخش اطفال

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

جهت پرداخت هزینه پلاک فضا نگهدارنده ثابت یا متحرک ، ارائه فوتوگرافی با گوشی از درمان انجام شده ضروریست

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 ...) ازسقف تعهدات بستری قابل پرداخت می باشد.(در تعهد دندانپزشکی نمی باشد و در تعهد خدمات بستری است.)

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

۱- کلیه معلولین ذهنی و جسمی

۲- درمواد phobia (ترس ذهنی)

۳- 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 که از سقف تعهدات بستری قابل پرداخت می باشد.

توجه: بیمه شدگان محترم می بایست صورت حساب دندانپزشکی خود را در مراکز غیر طرف قرارداد را به همراه فرم پیوست (۱) تکمیل و به نماینده بیمه ملت ارائه نمایند به صورتحساب های ناقص خارج از ضوابط مندرج در فرم ترتیب اثر داده نخواهد شد.

برگ استفاده از خدمات دندان پزشکی (ویژه مراجعه به مراکز دندان پزشکی غیر طرف قرارداد) بیمه ملت
بمنظور کاهش اشعه و دفعات تهیه رادیوگرافی، توصیه می گردد در اولین مراجعه به دندانپزشکی و فقط یکبار تا پایان قرارداد، یک گرافی از کل دهان

(پانورکس یا همان OPG) تهیه نمایند

اطلاعات هویتی: (تکمیل این قسمت توسط معرفی شده الزامی است)		تاریخ تکمیل فرم: / /
مشخصات (بیمار):		
نام خانوادگی:	نام:	کد ملی:
تاریخ تولد: / /	تلفن همراه بیمار (الزامی):	شهر محل سکونت (الزامی):
مشخصات بیمه شده اصلی:		
نام خانوادگی:	نام:	کد ملی:
تلفن همراه:	تلفن واحد محل خدمت:	شماره تماس (محل کار):
این قسمت توسط تحویل گیرنده اسناد تکمیل و تیگ زده می شود:		
<input type="checkbox"/> اسم، کد ملی، تلفن همراه و سایر مشخصات بیمار بصورت کامل در بخش فوق تکمیل شده است <input type="checkbox"/> نسخه دندانپزشک دارای مهر و امضاء می باشد <input type="checkbox"/> نسخه تاریخ دارد و تاریخ نسخه در بازه قرارداد می باشد <input type="checkbox"/> شماره و جهت دندان ها، تعداد کانالها، تعداد سطوح دندان ها و سایر جزئیات درمان مشخص می باشد <input type="checkbox"/> گرافی قبل از درمان ضمیمه می باشد <input type="checkbox"/> گرافی بعد از درمان ضمیمه می باشد <input type="checkbox"/> آدرس و تلفن مرکز / دندانپزشک:		
<input type="checkbox"/> مستندات کامل است <input type="checkbox"/> مستندات ناقص است نام و امضاء دریافت کننده سند:		
تاریخ دریافت:		
به پیوست اصل صورت حساب به همراه ضمایم مورد نیاز آن ارسال می گردد. امضاء بیمه شده اصلی:		
<input type="checkbox"/> بیمه شده ارجمند آیا خواستار دریافت اصل گرافی های قبل و بعد درمان خود می باشید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
هر گونه مشکل در صورتحساب ارسالی خود را با شماره تلفن ۰۲۱-۵۷۸۳۷۰۰۰ در میان بگذارید.		
نکات قابل توجه		
<input checked="" type="checkbox"/> هزینه درمان هایی که جنبه زیبایی دارند، قابل پرداخت نمی باشد. <input checked="" type="checkbox"/> در مورد دست دندان (دندان مصنوعی)، پروتز متحرک آکریلی و کرم کبالت، رویت بیمار (پس از درمان) توسط دندان پزشک معتمد الزامی با بیمه شده تماس گرفته خواهد شد. <input checked="" type="checkbox"/> برای پرداخت هزینه ارتودنسی، فوتو آتلیه ای و گرافی کل دهان (پانورکس، OPG) قبل و بعد از درمان ضروری است. <input checked="" type="checkbox"/> برای پرداخت هزینه ایمپلنت، گرافی کل دهان (پانورکس، OPG) قبل و بعد از درمان ضروری است. <input checked="" type="checkbox"/> در سایر خدمات، در صورت ناقص بودن گرافی و مستندات و برای تکمیل آنها، با بیمه شده تماس گرفته خواهد شد.		
نام و نام خانوادگی مسئول بیمه ای: تاریخ ارسال مدارک: / / امضاء و مهر:		

درصد فرانشیز	حداکثر تعهدات سالیانه (به ریال)		شرح تعهدات بیمه گر
	طرح ویژه	طرح عادی	
۱۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱) جبران هزینه های بستری، جراحی، Day Care و دیسک و ستون فقرات، رادیوتراپی (بستری و سرپایی)، هزینه سوختگی، لاپاراسکوپی، انواع سیتی انژیو، بیهوشی جهت انجام خدمات دندانپزشکی، کورتاژ تشخیصی، کاشت حلقون در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود (DAY CARE) به اعمال جراحی اطلاق می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه روز باشد. هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.
۱۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲) اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز واعصاب مرکزی و نخاع، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان و انژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز و شیمی درمانی (بستری غیر بستری و دارویی و حتی داروهای خوراکی) و باطری قلب (با احتساب بند ۱)
۱۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳) جبران هزینه های نازایی و ناباروری و اعمال جراحی مرتبط، GIFT, ZIFT, IUI, میکرواینجکشن و IVF و ICSI و Itsc
۱۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴) جبران هزینه های رادیوتراپی، انژیوتراپی عروق محیطی، انژیوتراپی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ)، دانسیتومتری، جبران هزینه های آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولترمانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی (اسپیرومتری)، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی، الکتروانسفالوگرافی، خدمات تشخیصی یورودینامیک، خدمات تشخیصی و پروتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم و شنوایی سنحی، جبران هزینه آزمایشهای تشخیص پزشکی (باستثنا چکاپ) شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک
۱۰	۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵) جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری هر چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی یا دوربینی، استیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد
۱۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	---	۶) پرداخت هزینه های فیزیوتراپی، گفتار درمانی و کار درمانی
۱۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷) شامل ویزیت کلیه پزشکان طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان و پرداخت دارو براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مزاد بر سهم بیمه گر اول و خدمات اورژانس در موارد غیربستری
۱۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۸) جبران هزینه خدمات دندانپزشکی شامل کشیدن، جرم گیری، ترمیم و پرکردن، درمان ریشه، روکش، جراحی لثه، ست دندان و نیم ست دندان مصنوعی، ارتودنسی و ایمپلنت (به استثنا کلیه خدمات زیبایی)
۱۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	---	۹) خرید عینک و لنز طبی یا تجویز چشم پزشکی و یا اپتومتریست (کمتر از یک دیوپتر صرفاً با تجویز عینک توسط پزشک متخصص) (جبران هزینه عینک صرفاً در مراکز طرف قرارداد شرکت بیمه ملت تحت پوشش می باشد)
۱۰	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	---	۱۰) باهنجاری های جنین و غربالگری شامل مارگرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک
۱۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۱) جبران هزینه های آمبولانس مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج
<p>۱- این بیمه نامه با مشخصات فوق الذکر و شرایط عمومی و شرایط خصوصی پیوست در دو نسخه صادر و هریک از نسخ دارای ارزش یکسان می باشد</p> <p>۲- مجموع تعهدات بیمه گر در مورد بندهای ۲۰۱ و ۱۲ برای هر یک از بیمه شدگان در طرح عادی مبلغ ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و در طرح ویژه مبلغ ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد</p> <p>۳- خسارت مربوط به هزینه های بیمارستانی و سایر هزینه ها در وجه بیمه شده اصلی پرداخت خواهد شد</p> <p>۴- بیمه گذار موظف است حق بیمه قرارداد را بر اساس اعلامیه بدهکار به شماره حساب مشخص شده به نام شرکت بیمه ملت واریز نماید. ضمناً هر گونه پرداخت به سایر حساب ها و اشخاص مورد تایید نمی باشد.</p>			<p>۱/۴</p> <p>۱/۳</p> <p>۱/۲</p>

توجه:

- در طرح عادی هزینه فیزیوتراپی از محل بند ۵ جدول تعهدات تحت پوشش می باشد.
- لیزر کم توان و پرتوان، کایروپراکتیک و رفتار درمانی از محل بند ۷ جدول تعهدات تحت پوشش می باشد
- غربالگری، سونوگرافی و چهار بعدی آنومالی، آمینوسنتز، NT، انواع آزمایشات ژنتیک، پروسیجر و آزمایش مربوطه از محل بند ۱۱ جدول تعهدات تحت پوشش می باشد.
- جبران هزینه های جراحی مربوط به فمโต از محل بند ۶ جدول تعهدات تحت پوشش می باشد.
- داروی بیماری های خاص و صعب العلاج شامل ام اس، تالاسمی، هموفیلی، دیابت، نارسایی کلیه، سرطان، اوتیسم، صرع و بیماری هایی که مورد تایید انجمن و بنیاد حمایت از بیماران خاص می باشد حداکثر تا میزان ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال تحت پوشش می باشد..
- امکان استفاده بیمه شدگان از پوشش دندانپزشکی تا مجموع سقف تعهدات چهار نفر از اعضای یک خانواده برای یک عضو میسر می باشد و طبق تعرفه بخش خصوصی سندیکا بیمه گران ایران تحت پوشش می باشد.
- در خصوص بیماران خاص و صعب العلاج، زنان باردار و کودکان زیر ۵ سال با تجویز پزشک متخصص مرتبط پرداخت داروی مکمل از سقف تعهدات ویزیت و دارو بلامانع می باشد.

- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی شامل انواع شکستگی و در رفتگی، گچ گیری و باز کردن آن، برداشتن پین، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، لیزر درمانی (باستثنا زیبایی)، تخلیه کیست و همچین پانسمان، طب سوزنی (صرفاً در موارد درمانی و با تجویز پزشک متخصص)، طب فیزیکی، پت اسکن، سونداژ، شستشوی گوش، نوروفیدبک، فریز کردن، تزریق داخل مفصل، پاپ اسمیر، اوزون تراپی (باستثنا زیبایی)، آتل، بیرون آوردن جسم خارجی، کشیدن ناخن، سنگ شکن، برداشتن میخچه و زگیل، پونکسیون مایع نخاع کمری، مگنت تراپی، آزمایش DNA، از محل بند ۵ جدول تعهدات تحت پوشش می باشد.



فرم ارسال هزینه های درمان سرپایی
(پاراکلیتیکی، دندانپزشکی، دارو، آزمایش و ...)

شماره:

شماره بیمه:

نام بیمه:

کد ملی بیمار:

نام خانوادگی بیمار:

این فرم جهت ارسال هزینه های درمان سرپایی (پاراکلیتیکی، دندانپزشکی، دارو، آزمایش و ...) جهت دریافت وجه قابل پرداخت به کار می آید.

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی بیمار	موضوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ هزینه	گسورات تعرفه	فرانشیز	مبلغ قابل پرداخت
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

جمع

کارشناس

مدرک کننده

این فرم جهت ارسال هزینه های درمان سرپایی (پاراکلیتیکی، دندانپزشکی، دارو، آزمایش و ...) جهت دریافت وجه قابل پرداخت به کار می آید.

تاریخ



فرم ارسال هزینه های درمان سرپایی
(پاراکلیتیکی، دندانپزشکی، دارو، آزمایش و ...)

شماره:

شماره بیمه:

نام بیمه:

کد ملی بیمار:

نام خانوادگی بیمار:

این فرم جهت ارسال هزینه های درمان سرپایی (پاراکلیتیکی، دندانپزشکی، دارو، آزمایش و ...) جهت دریافت وجه قابل پرداخت به کار می آید.

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی بیمار	موضوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ هزینه	گسورات تعرفه	فرانشیز	مبلغ قابل پرداخت
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

جمع

کارشناس

مدرک کننده

این فرم جهت ارسال هزینه های درمان سرپایی (پاراکلیتیکی، دندانپزشکی، دارو، آزمایش و ...) جهت دریافت وجه قابل پرداخت به کار می آید.

تاریخ