

شماره:  
تاریخ:  
پیوست:

# شیوه‌نامه نحوه انجام تعهدات و بررسی اسناد تفاهم‌نامه تأمین و حفظ سلامت کارکنان شاغل و بازنشسته صنعت آب و برق دوره ۱۴۰۳-۱۴۰۴



در این شیوهنامه مدارک مورد نیاز و نحوه رسیدگی اسناد بابت استفاده و دریافت هزینه از خدمات مراکز درمانی طرف قرارداد و غیرطرف قرارداد توضیح داده شده و بیمه‌گر تعهد می‌نماید غیر از موارد اعلام شده در این شیوهنامه مدارک اضافی از بیمه‌شده طلب ننماید.

همچنین در کلیه تعهداتی که نیاز به کسر فرانشیز می‌باشد نخست فرانشیز به هزینه بیمه‌شده اعمال شده و سپس تعرفه مرتبط با بخش مربوطه اعمال خواهد شد. فرانشیز قابل اعمال در قرارداد ۵٪ و صرفاً برای بازنشستگان و افراد تحت پوشش آنان در صورت عدم استفاده سهم بیمه‌گر پایه ۲۵٪ می‌باشد، چنانچه بیمه‌شدگان مذکور (بازنشستگان و افراد تحت پوشش آنان) از سهم بیمه‌گر پایه یا مکمل استفاده نمایند از پرداخت فرانشیز معاف می‌باشند، همچنین در صورتیکه این قبیل از بیمه‌شدگان مشمول جزء ح از بند ۱-۹ قرارداد بوده و بیمه‌گر پایه تعهدی بابت هزینه پرداختی نداشته باشد، تعهدات با اعمال فرانشیز ۵٪ به تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی انجام خواهد شد. برای بیمه‌شدگان فوق (بازنشستگان) در خصوص هزینه‌های دارویی که سهم بیمه‌گر پایه در آن تعریف نشده است، تعهدات با اعمال فرانشیز ۵٪ انجام خواهد شد.

## الف - مراکز درمانی طرف قرارداد

پذیرش بیمار (بیمه‌شده):

معرفی‌نامه در محل مرکز درمانی و از طریق سامانه وب و بدون نیاز مراجعه به شعبه قابل دریافت است.

مدارک لازم جهت ارائه به مرکز درمانی (صدور معرفی نامه غیر آنلاین):

✓ دستور پزشک معالج مربوطه مبنی بر تعیین نوع خدمت

در خصوص موارد بیمارستانی: دستور پزشک معالج مبنی بر تعیین علت بستری با ذکر نام بیمارستان و

تاریخ بستری (در صورت پذیرش غیر آنلاین) و رونوشت صفحه اول دفترچه بیمه‌گر پایه یا کارت ملی

بیمه‌شده اصلی و تبعی (بیمار)

نحوه پرداخت هزینه:

کلیه تعهدات در ارتباط با هزینه‌های مربوط به مراکز تشخیصی و درمانی، (به جز هزینه‌های دارویی) که آخرین تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در بخش دولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز (در صورتی که مراکز فوق صرفاً بخشی از هزینه‌های انجام شده را طبق مصوبات هیئت وزیران محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه‌های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه‌ها با احتساب ۵٪ فرانشیز انجام می‌شود) و در صورت مراجعه به مراکز تشخیصی درمانی ملکی سازمان تامین اجتماعی فرانشیز یا سهم بیمه‌شده با رعایت تعرفه‌های



بخش عمومی غیردولتی صفر خواهد بود و بیمه‌شده صرفاً ملزم به پرداخت فرانشیز و موارد خارج از تعهد مطابق ماده ۵ بخش اول قرارداد است.

**تبصره:** با عنایت به ماده ۵ از قرارداد، عناوین تعهدات مستقل از مبالغ ریالی آن که در صورتحساب مرکز درمانی طرف قرارداد آمده است مورد تعهد بیمه‌گر بوده و با احتساب فرانشیز مربوطه قابل پرداخت است.

**نکته:** در صورت قرار گرفتن هزینه پروتز در صورتحساب مرکز به نام بیمه شده، لازم است طبق تبصره فوق هزینه عیناً پرداخت گردد.

### ب- مراکز درمانی غیرطرف قرارداد:

**تبصره:** ارقام هزینه‌ای آورده شده در صورتحساب مراکز درمانی که امکان ارتباط با درمان بیمه‌شده را داشته و منطبق با کتاب‌های ارزش نسبی است با رعایت ماده ۵ از قرارداد و احتساب فرانشیز مربوطه قابل پرداخت است.

**مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه‌ها (ارائه به بیمه‌گر) و نحوه رسیدگی:**

#### ۱- (ب) تعهد بستری و بیمارستانی:

برای پرداخت خسارت، بیمه‌گر باستناد تبصره ذیل بند «ب» این شیوه‌نامه، پس از دریافت مدارک ذیل، ملزم به پرداخت کامل ارقام هزینه‌ای براساس کدهای تعرفه‌ای فهرست شده در صورتحساب مرکز درمانی بدون توجه به نحوه، شیوه و لزوم اقدامی است که مرتبط با موضوع درمان می‌تواند باشد، مگر آنکه اقدامی منطبق و یا مرتبط با موضوع درمان نبوده و در صورتحساب باشد. کدهای جراحی که در صورتحساب مرکز درمانی قید شده و همپوشانی دارند قابل تأیید و پرداخت نمی‌باشند.

۱- اصل صورتحساب بیمارستانی ممهور به مهر مرکز درمانی که در آن هزینه‌های تخت روز (هتلینگ)، اتاق عمل، همراه، دارو، آزمایش، لوازم مصرفی، تشکیل پرونده و... درج گردیده است. (تصویر صورتحساب صرفاً در صورت استفاده از بیمه‌گر پایه و استعلام از آن بیمه مورد پذیرش است)

۲- اصل یا تصویر صورتحساب پزشکان ممهور به مهر مرکز درمانی که در آن حق الزحمه جراح، بیهوشی، مشاوره و ویزیت پزشکان درج گردیده است.

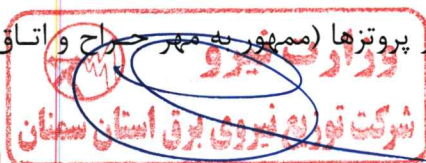
۳- اصل یا تصویر گواهی پزشک معالج (در خصوص موارد جراحی الزاماً شرح عمل جراحی)

۴- اصل یا تصویر گواهی سایر پزشکان معالج و مشاور

۵- اصل یا تصویر گواهی بیهوشی یا برگ بیهوشی اتاق عمل

۶- اصل یا تصویر ریز قبض آزمایشات و رادیولوژی و سایر تصویربرداری‌ها

۷- اصل یا تصویر نسخه دارویی، ریز لوازم مصرفی، فاکتور پروتزها (ممهور به مهر جراح و اتاق عمل مبنی بر استفاده آن)



۸- اصل یا تصویر برگ سیر بیماری و دستورات دارویی (orders) جهت تعیین دقیق تعداد ویزیت‌ها و بررسی روند بیماری

۹- در صورت خرید پروتز و وسایل پزشکی ضمیمه نمودن اصل فاکتور خرید معتبر ممهور به مهر و تأیید مصرف آن توسط پزشک و الصاق LABEL بر روی برگه گزارش جراحی و مهر اتاق عمل الزامی است.

۱۰- در صورتیکه فاکتور معتبر پروتز به نام بیمار نباشد و پروتزها از طریق بیمارستان تهیه شده باشد، ارائه تصویر فاکتور خرید کلی بیمارستان ممهور به مهر اتاق عمل و پزشک جراح الزامی است.

۱۱- در صورت انجام رادیوتراپی، اصل صورتحساب مرکز ممهور به مهر پزشک معالج به همراه پروتکل درمانی بیمار که شامل تعداد جلسات انجام رادیوتراپی، تعداد فیلدهای درمانی و نوع فیلدها باشد، ضروریست.

#### نکات:

۱- در تمامی موارد فوق‌الذکر، منظور از تصویر، تصاویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده بوده و صرفاً در موارد دریافت سهم سایر سازمان‌ها (بیمه‌گران پایه یا بیمه‌گر تکمیلی دیگر) و ارائه پرینت واریزی از طریق سایت یا نامه پرداخت بیمه‌گر پایه، معتبر می‌باشد. در غیر اینصورت اصل مدارک دریافت می‌گردد. (درخصوص ریز دارو، آزمایش، گزارش خدمات پاراکلینیکی ارائه تصویر آن بلامانع است)

۲- اصل صورتحساب یا تصاویر آن بایستی بدون خدشه (لاک گرفتگی، خط خوردگی و ...) باشد.

۳- ارائه گزارش ادیومتری بابت جراحی تمپانوماستوئیدکتومی با بازسازی زنجیره استخوانی گوش میانی ضروری است.

۴- ارائه گزارش سی تی اسکن بابت آندوسکوپی سینوسهای پارانازال الزامی است.

بیمه‌شده کلیه مدارک بیمارستانی را از طریق مرکز درمانی تحویل گرفته و به نمایندگان خود در شرکت محل خدمت تحویل نمایند.

#### نحوه پرداخت هزینه (در تعهد بستری و بیمارستانی):

چنانچه به هر دلیلی بیمه‌شده از خدمات مراکز بیمارستانی غیرطرف قرارداد استفاده نماید فرآیند جبران خسارت به شرح ذیل می‌باشد:

بدیهی است ضمن رعایت مفاد بندهای ۹-۱۴ و ۹-۱۵ از بخش اول قرارداد و تبصره ذیل بند «ب» این شیوه‌نامه، تامین پیش‌پرداخت و تسویه حساب قطعی با مرکز بیمارستانی با رعایت ماده ۱۰ از بخش چهارم (مقررات گوناگون) قرارداد با شرایط ذیل می‌باشد.

✓ دستور پزشک معالج مبنی بر تعیین علت بستری با ذکر نام بیمارستان و تاریخ بستری  
✓ نامه بیمه‌گذار مبنی بر تعهد پرداخت فرانشیز و موارد خارج از تعهد  
✓ رونوشت صفحه اول دفترچه بیمه‌گر پایه یا کارت ملی بیمه‌شده اصلی و تبعی (یکبار)

روزانه بیمه  
بیمه‌گر پایه  
بیمه‌شده اصلی و تبعی (یکبار)

بیمه  
day insurance  
مدیریت استان سمنان



✓ پرداخت حداقل ۵۰٪ از هزینه درمانی بیمه‌شده توسط بیمه‌گر طبق اعلام مرکز درمانی  
✓ در موارد اورژانس نحوه پیش پرداخت توسط بیمه‌گر براساس توافقات فیما بین بیمه‌گذار و بیمه‌گر خواهد بود.

### نکات:

- ۱- بیمه‌شدگان بازنشسته ابتدا می‌بایست نسبت به دریافت سهم بیمه‌گر پایه اقدام نموده و سپس رونوشت برابر اصل کلیه مدارک بیمارستانی به همراه گواهی پرداخت سهم بیمه‌گر پایه را در مهلت مندرج در قرارداد تحویل نمایند، در غیر اینصورت مطابق مفاد (تبصره ۳ ماده ۹ و بند ۱۳-۹ از بخش اول) قرارداد عمل خواهد شد.
- ۲- براساس مفاد قرارداد برای بیمه‌شدگان غیرتحت تکفل شاغل الزامی به اخذ سهم بیمه‌گر پایه نیست، اما در صورت نیاز بیمه‌شده به استفاده از سهم بیمه‌گر پایه، بیمه‌گر ملزم به رعایت بند ۱۳-۹ بخش اول قرارداد می‌باشد.

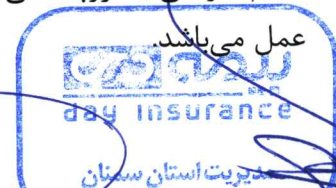
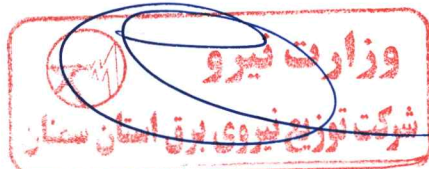
### نحوه رسیدگی (در تعهد بستری و بیمارستانی):

انجام خدمات ذیل در مراکز درمانی غیرطرف قرارداد الزاماً نیازمند ارائه مدارک تکمیلی به منظور تأیید توسط پزشک معتمد می‌باشد: (درخصوص مراکز طرف قرارداد نیز لازم است)

- ❖ برای سپتوپلاستی ارائه رادیوگرافی یا سی‌تی‌اسکن بینی و سینوس‌ها (قبل از جراحی) و تأیید پزشک معتمد الزامی است.
- ❖ انجام کورتاژ تخلیه‌ای به جز حالت اورژانس نیازمند ارائه سونوگرافی قبل از عمل و تأییدیه پزشک معتمد همراه با دستور پزشکی قانونی است. لازم به ذکر است هرگونه اقدام و یا مصرف دارو که منجر به سقط عمدی گردد خارج از تعهد خواهد بود. در صورت نداشتن سونوگرافی قبل از جراحی ارائه پاتولوژی به همراه پرونده بیمار الزامی است.
- ❖ انجام جراحی فتق نافی یا فتق انسیزیونال و فتق شکمی در خانم‌ها و آقایان نیازمند معاینه بیمار توسط پزشک معتمد قبل از عمل و در صورت عدم حضور بیمار، ارائه گزارش سونوگرافی تأییدکننده بیماری و منوط به تأیید پزشک معتمد خواهد بود.
- ❖ برای انجام جراحی‌های کاهش وزن (بای‌پس‌معدده، بالنگذاری و سایر اعمال مرتبط) در مورد بیمه‌شدگان تأییدیه پزشک معتمد الزامی است. همچنین لازم است مصوبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این خصوص رعایت گردد.

❖ انجام جراحی بلفاروپلاستی نیازمند ارائه پریمتری (اندازه‌گیری میدان بینایی) و تأیید پزشک معتمد قبل از

عمل می‌باشد.



- ❖ انجام جراحی استئوتومی فمور و یا تییبای دو طرفه نیازمند معاینه بیمه‌شده قبل از عمل به همراه ارائه رادیوگرافی و گواهی پزشک معالج مبنی بر تعیین علت جراحی می‌باشد، صدور معرفی‌نامه منوط به تأیید پزشک معتمد می‌باشد. (جراحی‌های افزایش قد تحت پوشش بیمه نمی‌باشند)
- ❖ انجام جراحی ماموپلاستی ارائه تأییدیه پزشک معتمد بیمه‌گر الزامی است.
- ❖ انجام عمل جراحی اصلاح استرایسیم (انحراف چشم) معاینه بیمه‌شده قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه‌گر الزامی است.
- ❖ جهت انجام عمل جراحی ژنیکوماستی (بزرگی پستان در آقایان) معاینه بیمه‌شده قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه‌گر الزامی است.
- ❖ در مورد بازنشستگان و افراد تحت پوشش، تأیید بیمه‌گر پایه در مورد جراحی‌هایی مثل سیتوپلاستی، ماموپلاستی، جراحی‌های کاهش وزن و سایر جراحی‌های از این قبیل ضروری می‌باشد.

#### ۲- ب) تعهد ویزیت:

- ❖ در صورت مراجعه بیمه‌شده به کلینیک و یا درمانگاه متعلق به بیمارستان، نیاز است رسید صندوق ممهور به مهر پزشک معالج مرکز یا مهر صندوق باشد.
- ❖ به منظور جبران هزینه ویزیت (اعم از این که با دفترچه بیمه‌گر پایه و یا بصورت آزاد پذیرش شده باشد) ارائه گواهی تاریخ‌دار با ذکر نام بیمار ممهور به مهر از سوی پزشک مربوطه مبنی بر درج مبلغ ویزیت دریافتی الزامی است.

#### ۳- ب) تعهد پاراکلینیکی:

ابتدا بیمه‌شده می‌بایست با مراکز تشخیصی تسویه حساب و سپس مدارک ذیل را در مهلت مقرر در قرارداد به شرکت بیمه تحویل نماید.

✓ دستور پزشک معالج مربوطه مبنی بر تعیین نوع خدمت

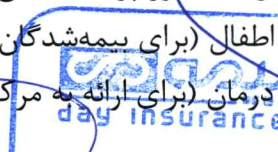
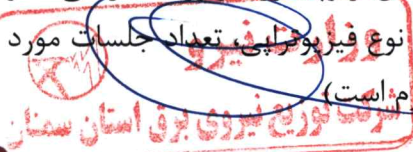
✓ اصل قبض پرداختی ممهور به مهر مرکز

**نکته:** برای پرداخت خسارت، بیمه‌گر باستناد تبصره ذیل بند «ب» این شیوه‌نامه و دریافت مدارک فوق، ملزم به پرداخت کامل ارقام هزینه‌ای براساس کدهای تعرفه‌ای فهرست شده در صورتحساب مرکز درمانی (به استثناء فیزیوتراپی و توانبخشی) بدون توجه به نحوه، شیوه و لزوم اقدامی است که مرتبط با دستور پزشک می‌تواند باشد، مگر آنکه اقدامی منطبق و یا مرتبط با دستور پزشک نبوده و در صورتحساب باشد.

#### ۴- ب) تعهد فیزیوتراپی:

✓ ارائه دستور پزشک معالج با تخصص مرتبط شامل ارتوپد، روماتولوژی، جراحی عمومی، مغز و اعصاب،

اطفال (برای بیمه‌شدگان زیر ۱۴ سال) با درج نوع فیزیوتراپی، تعداد جلسات مورد نیاز و ناحیه تحت درمان (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)



✓ ارائه گواهی مرکز فیزیوتراپی با درج نوع اقدام انجام شده در هر جلسه و مبلغ به تفکیک تاریخ ممه‌ور به مهر و امضاء مرکز فیزیوتراپی الزامی می‌باشد.

**نکته:** پرداخت هزینه فیزیوتراپی با ارائه مدارک درخواستی فوق امکانپذیر می‌باشد.

**نکته:** در مواردی که ناحیه تحت درمان تک اندام می‌باشد و ۱۰ (ده) جلسه فیزیوتراپی تجویز شده باشد، ارائه دستور پزشک عمومی معالج نیز قابل قبول می‌باشد ( برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)

**نکته:** برای فیزیوتراپی در بیماری‌های مزمن مانند CVA ارائه سیر معالجات بیمار توسط پزشک معالج الزامی است.

❖ در مواردیکه فیزیوتراپی بیش از ده جلسه انجام شده و یا بیش از دو اندام باشد ارائه مدارک ذیل الزامی می‌باشد ( برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است):

✓ ارائه رادیوگرافی یا ام آر آی و یا سی تی اسکن مرتبط

✓ گواهی پزشک معالج مبنی بر لزوم انجام فیزیوتراپی بیش از ده جلسه

**نکته:** هزینه لیزر کم‌توان همزمان با فیزیوتراپی قابل پرداخت می‌باشد.

**نکته:** هزینه لیزر پرتوان، مگنت تراپی و شاک ویو (در صورتی که مجزا از سایر موارد و اقدامات فیزیوتراپی تجویز و انجام شود) قابل پرداخت می‌باشد.

#### ۵- ب) تعهد توانبخشی:

با توجه به اینکه جبران هزینه بیوفیدبک و گفتار درمانی و کاردرمانی در تعهد می‌باشد و ارائه مدارک ذیل جهت پرداخت خسارت الزامی است:

✓ ارائه گواهی پزشک متخصص اطفال یا مغز و اعصاب و روانپزشک که در آن نام بیماری، طول مدت درمان و تعداد جلسات درج شده باشد. ( برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)

✓ ارائه گواهی مرکز توانبخشی مبنی بر انجام نوع خدمت به تفکیک تاریخ هر جلسه با درج مبلغ

✓ در صورت نیاز به انجام خدمات فوق با ارائه مدارک و مستندات بیماری و گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع و شدت بیماری قابل بررسی و پرداخت می‌باشد. (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)

✓ در صورت نیاز به خدمات بیش از شش ماه، هزینه‌ها پس از ارائه گواهی پزشک معالج از روند سیر بیماری و بهبودی بیمار با خدمات فوق با تأیید پزشک معتمد قابل پرداخت می‌باشد (اوتیسم، فلج مغزی کودکان و موارد مشابه گواهی مذکور لازم نمی‌باشد) ( برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)

✓ در بازتوانی قلبی EECF، تعداد جلسات در تعهد، برحسب شرایط بیمار با ارائه اسناد شامل اکوکاردیوگرافی و اصل گواهی پزشک متخصص با ذکر تاریخ جلسات ( برای ارائه به مرکز طرف قرارداد

نیز لازم است)

#### ۶- ب) تعهد آمبولانس:



شماره:

تاریخ:

پیوست:

هزینه مربوط به آمبولانس مطابق مفاد بندهای ۹-۱۱-۱ و ۹-۱۱-۲ بخش اول قرارداد و صرفاً براساس فاکتور ارائه شده، بدون اعمال تعرفه و فرانشیز پرداخت می‌شود.

#### ۷- ب) تعهد دندانپزشکی:

مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه دندانپزشکی:

- اصل نسخه دندانپزشکی، شرح اقدامات درمانی انجام شده به تفکیک خدمات با ذکر شماره دندان و درج مبلغ دریافتی به تفکیک خدمت.

**نکته ۱:** در صورت ترمیم ۵ و یا بیش از ۵ دندان بطور همزمان ارسال پانورکس (OPG) قبل و بعد از درمان الزامی است.

**نکته ۲:** در صورت انجام درمان ریشه دندان، همی سکشن و قطع ریشه، اکسپوز دندان، پست ریختگی، اپکسوزنزیس، جراحی کیست و تومور استخوانی ارائه رادیوگرافی قبل و پس از انجام الزامی است.

**نکته ۳:** در صورت انجام ۲ روکش یا بیشتر، اسپلینت و نایت گارد، پانورکس قبل از درمان و فوتوگرافی الزامی است.

**نکته ۴:** در صورت انجام ارتودنسی ارائه رادیوگرافی‌های پانورکس و لترال سفالومتری، فوتوگرافی و یا معاینه بیمار قبل از انجام خدمت و ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از نصب براکت‌ها الزامی است.

**نکته ۵:** در صورت انجام ایمپلنت ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و بعد از درمان و یا معاینه بیمه‌شده توسط دندانپزشک معتمد الزامی است. در صورت تزریق پودر استخوان ارائه cbct قبل از درمان الزامی است.

**نکته ۶:** در صورت جراحی لثه (با رعایت تبصره ۱ از ماده ۹ قرارداد)، ارائه فوتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان و پانورکس (OPG) الزامی است.

**نکته ۷:** جهت کودکان زیر ۱۲ سال و خانم‌های باردار به شرط ارائه مدارک مورد نیاز و با تأیید پزشک معتمد ارائه رادیوگرافی الزامی نیست.

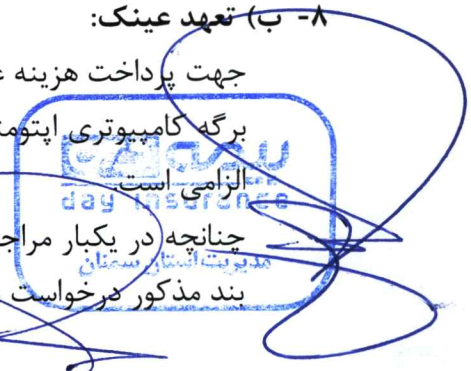
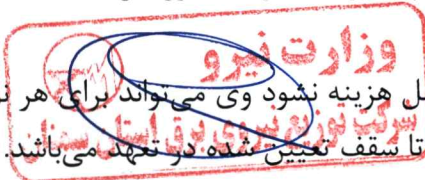
**نکته ۸:** با توجه به ماده ۱۰ بخش اول قرارداد، پرداخت هزینه ایمپلنت بدون کسر فرانشیز می‌باشد.

بیمه‌شدگان محترم می‌توانند از مراکز طرف قرارداد استفاده نمایند که در اینصورت جهت صدور معرفی‌نامه لازم است ابتدا به مرکز طرف قرارداد مراجعه و طرح درمان مبنی بر تعیین نوع خدمات مورد نیاز را دریافت و سپس معرفی‌نامه دریافت نمایند.

#### ۸- ب) تعهد عینک:

جهت پرداخت هزینه عینک، ارائه دستور چشم پزشک مبنی بر تعیین درجه ضعف بینایی چشم بیمار یا برگه کامپیوتری اپتومتری تاریخ‌دار با ذکر نام بیمار به همراه فاکتور خرید عینک فروشی‌های مجاز الزامی است.

چنانچه در یکبار مراجعه سقف بیمه‌شده کامل هزینه نشود وی می‌تواند برای هر نوع هزینه مورد تعهد بند مذکور درخواست داده و پرداخت هزینه تا سقف تعیین شده در تعهد می‌باشد.





سقف هزینه عینک برای هر دوره قرارداد می‌باشد، این سقف برای لنز تماسی طبی نیز قابل استفاده است.

#### ۹- ب) تعهد رفع عیوب انکساری:

جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در صورتی در تعهد می‌باشد که براساس برگه اپتومتری اخذشده از دستگاه رفاکتومتر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر قبل از عمل مورد تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر باشد.  
تبصره: اقدامات تشخیصی لازم جهت بررسی رفع عیوب انکساری در تعهد پاراکلینیک ثبت و با اعمال فرانشیز پرداخت می‌گردد.

مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت:

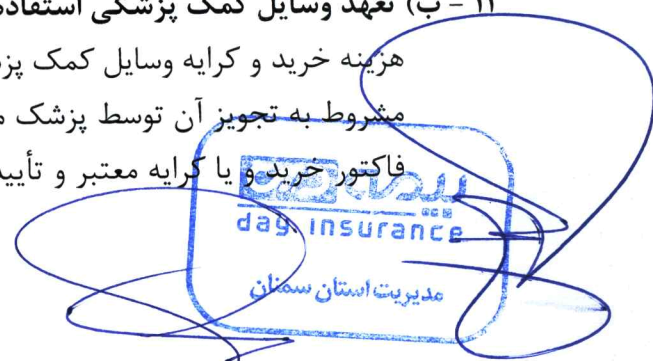
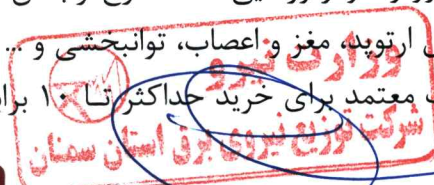
- ✓ صورت حساب ممهور به مهر پزشک معالج یا مرکز درمانی
- ✓ دستور پزشک معالج
- ✓ برگ تعیین شماره چشم و تأیید شماره چشم توسط پزشک معتمد
- ✓ شرح عمل
- ✓ گزارش توپوگرافی مهر شده مرکز و پزشک معالج
- ✓ ریزدارو و لوازم مصرفی ممهور به مهر مرکز

#### ۱۰- ب) جراحی مجاز سرپایی:

- ❖ در نمونه‌برداری‌ها و خارج کردن هر نوع ضایعه ارائه گزارش پاتولوژی الزامی است.
- ❖ در موارد خارج کردن میخچه تکرار شونده، تأیید پزشک معتمد قبل از انجام اقدامات درمانی الزامی است.
- ❖ جهت درمان ضایعات زگیل به هر روش و در هر ناحیه تأیید پزشک معتمد الزامی است.
- ❖ به منظور جبران هزینه تزریق داخل مفصل ارائه نسخه داروی تزریقی (با مهر داروخانه) به همراه گواهی پزشک معالج متخصص مبنی بر ذکر نام مفصل تحت درمان، تعداد تزریقات با درج تاریخ تزریق و نام بیمار الزامی است.
- ❖ در موارد کرایو و لیزر تراپی تعداد ضایعه، محل و نوع آنها ارائه گواهی پزشک معالج (موارد زیبایی در تعهد نمی‌باشد) لازم است و در صورت تعداد بالا و تکرار آن معاینه قبل از اقدام درمانی توسط پزشک معتمد الزامی است.

#### ۱۱- ب) تعهد وسایل کمک پزشکی استفاده شده در خارج از بدن:

هزینه خرید و کرایه وسایل کمک پزشکی، پروتزا و ارتوزهایی که خارج از بدن استفاده می‌شود مشروط به تجویز آن توسط پزشک متخصص ارتوپد، مغز و اعصاب، توانبخشی و ... بوده که با ارائه فاکتور خرید و یا کرایه معتبر و تأیید پزشک معتمد برای خرید حداکثر تا ۱۰ برابر آخرین جدول



تعرفه اعلامی سازمان تامین اجتماعی و برای کرایه مطابق فاکتور معتبر مرکز کرایه دهنده بدون اعمال فرانشیز محاسبه و پرداخت می‌شود.

**۱-۱۱- ب) سمعک**

جبران هزینه‌های سمعک مشروط به تجویز پزشک متخصص مربوطه با ارائه گزارش شنوایی‌سنجی و فاکتور معتبر دارای کد اقتصادی و مشخصات کامل فروشنده و خریدار به همراه کپی برگه ضمانت سمعک می‌باشد.

مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت:

✓ دستور پزشک معالج (گوش و حلق و بینی)

✓ گزارش ادیومتری یا نوار گوش

✓ فاکتور معتبر سمعک بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت

✓ ارائه کارت گارانتی مطابق مندرج روی سمعک و کد IRC یا مدل سمعک مندرج در

فاکتور

**۱۲- ب) تعهد اعمال غیرمجاز در مطب:**

آخرین لیست اعمال غیر مجاز در مطب مصوب پنجاه و پنجمین جلسه شورای عالی نظام پزشکی مورخ ۱۴۰۰/۶/۲۵ که ضمیمه می‌باشد.

**۱۳- ب) تعهد سوختگی (جزء ط ذیل بند ۱-۹):**

درخصوص موارد ترمیم سوختگی مربوط به جزء ط ذیل بند ۱-۹ قرارداد، زیبایی محسوب نمی‌شود و جبران هزینه‌های آن در هر زمان از طول قرارداد در تعهد می‌باشد حتی اگر وقوع سوختگی در دوره قرارداد نبوده باشد.

**نکته:** مواردی از خدمات که جنبه درمانی دارند و در کتاب ارزش‌های نسبی دارای کد می‌باشد در تعهد بوده و قابل پرداخت می‌باشد.

**نکته:** در صورت درخواست بیمه‌شده برای اخذ مدارک خسارتی خود و افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل وی، ارائه نسخه کپی ممهور به مهر برابر اصل شده آن به بیمه‌شده و در صورت نیاز همراه نامه رسمی به بیمه‌گر بعدی الزامی می‌باشد.

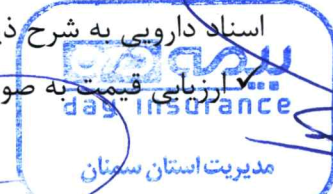
**ج- داروخانه:**

**۱- ج) تعهد دارو:**

در صورت مراجعه به کلیه داروخانه‌ها (طرف قرارداد یا غیرطرف قرارداد) ضوابط فنی عمومی ارزیابی

اسناد دارویی به شرح ذیل می‌باشد:

می‌باشد. (برای ارائه به مرکز غیرطرف قرارداد است)



- ✓ ارائه پرینت داروخانه که شامل ریزداروها می باشد به همراه نسخه داروهای تجویزی مهمور به مهر پزشک معالج و داروخانه الزامی است. (در صورت عدم استفاده از سامانه نسخ الکترونیک) (برای ارائه به مرکز غیرطرف قرارداد است)
  - ✓ ارائه پرینت قبض داروخانه دارای کد رهگیری و کد ملی بیمه شده برای نسخ الکترونیک مورد نیاز می باشد.
  - ✓ نسخ ناخوانا از درجه اعتبار ساقط می باشند.
  - ✓ حق فنی داروخانه در تعهد نمی باشد.
  - ✓ هزینه داروهای مکملی که با تجویز پزشک معالج جنبه درمانی دارند در تعهد بیمه گر می باشد.
  - ✓ داروهای مربوط به کاهش و افزایش وزن در تعهد نمی باشد. (در مواردی که BMI بالای ۴۰ و با تأیید پزشک معتمد جنبه درمانی دارد، در تعهد خواهد بود. در صورت نیاز به جراحی با تجویز پزشک معالج نیاز به تأیید پزشک معتمد نیست.)
  - ✓ داروهای نازایی و ناباروری از محل تعهدات داروها قابل پرداخت است.
  - ✓ چنانچه در ماههای پایانی قرارداد داروهای تجویزی برای بیمه شده بیشتر از دوره قرارداد باشد، بیمه گر جاری مکلف به پرداخت سهم باقی مانده از قرارداد می باشد و مابقی آن در تعهد بیمه گر بعدی است. به این منظور بیمه گر جاری می بایست کپی برابر اصل شده نسخه تجویز دارو، قیمت دارو و هزینه اعلام شده و پرداخت شده را در اختیار بیمه شده جهت ارائه به بیمه گر بعدی قرار دهد.
- ۱-۱- ج) داروهای تک نسخه ای:

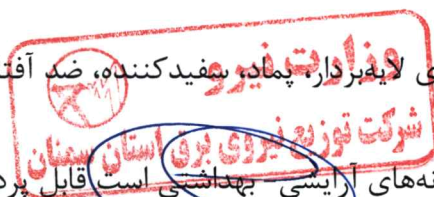
داروهای تک نسخه ایی صرفاً با ارائه گواهی **پزشک متخصص مربوطه** مبنی بر لزوم مصرف دارو و ذکر نام بیماری به همراه ارائه مدارک تشخیصی مورد نیاز و در صورت تهیه از مراکز دولتی و یا داروخانه های معتبر مطابق مفاد قرارداد در تعهد می باشد. (برای ارائه به مرکز غیرطرف قرارداد است)

**نکته:** به منظور پرداخت هزینه داروهای مرتبط با درمان بیماران خاص و صعب العلاج که قبلاً مجوز ورود از مراجع ذیصلاح داشته و هم اکنون نیز تجویز می شوند، موضوع در کمیسیون فنی شرکت بیمه گر مطرح و در ارتباط با نحوه پرداخت با نظر مثبت تصمیم گیری می شود.

۲-۱- ج) داروهای پوست و مو:

✓ کلیه اقلام آرایشی و بهداشتی نظیر کرم های لایه بردار، پماد، سفیدکننده، ضد آفتاب، ضد چروک، ضد لک و ... خارج از تعهد می باشد.

کرم های تجویز شده ای که تولیدات کارخانه های آرایشی بهداشتی است قابل پرداخت نمی باشد.



شماره: \_\_\_\_\_  
تاریخ: \_\_\_\_\_  
پیوست: \_\_\_\_\_

تهران - میرداماد، بین نفت و مدرس، ۲۳۹ تلفن: ۱۶۷۱  
کد پستی: ۱۹۱۸۹۵۵۳۱۱ www.dayins.com

- ✓ داروهای ضد ریزش مو و یا تقویت کننده رویش مو که جنبه درمانی ندارد در تعهد نمی باشد.
- ✓ داروهای نظیر راکوتان که مربوط به درمان جوش و آکنه هستند صرفاً با تجویز پزشک متخصص معالجه و ذکر دلیل مصرف و تأیید پزشک متخصص معتمد قابل پرداخت است.
- ✓ داروهای ترکیبی که اقلام آماده آرایشی در آنها استفاده شده خارج از تعهد می باشد. (مانند کرمهای لایه بردار)
- شامپو و صابون هایی که استفاده از آنها جنبه درمانی دارد فقط با تجویز پزشک متخصص پوست و تأیید پزشک معتمد در تعهد می باشد.

#### استعلام فهرست مراکز درمانی طرف قرارداد:

- ✓ ورود به پورتال بیمه گر
- ✓ انتخاب گزینه مراکز طرف قرارداد بیمه گر
- ✓ انتخاب استان، شهر و نوع مرکز درمانی

#### شماره های تماس:

- ✓ تلفن واحد ارتباط با مشتریان:
- ✓ تلفن پاسخگویی شبانه روزی:

#### تأیید شرکت بیمه

