



شوه نامه اجرایی پرداخت خسارت

بیمه نامه تکمیل درمان گروهی

کارکنان گرامی دانشگاه شیراز

شرکت بیمه البرز

۱۴۰۴-۱۴۰۵

بیمه شده گرامی:

شیوه‌نامه حاضر برای آگاهی شما عزیزان از شرایط دریافت خسارات موضوع قرارداد بیمه تکمیل درمان فی‌مابین دانشگاه شیراز و بیمه البرز تهیه شده و لازم است قبل از مراجعه به مراکز و دریافت خدمات درمانی، قسمت مرتبط با نوع خدمت را مطالعه نموده و با آگاهی قبلی از شرایط و مدارک مورد نیاز، از بروز ناهماهنگی‌های احتمالی و تضییع حقوق خود جلوگیری فرمایید.

مقدمه:

بیمه تکمیلی به یکی از پرطرفدارترین انواع بیمه درمانی تبدیل شده و مخاطبان بسیار زیادی دارد. این نوع بیمه، یکی از راه‌های مطمئن برای جبران هزینه‌های درمان مازاد بر تعرفه‌های بیمه خدمات درمانی، تأمین اجتماعی و سایر بیمه‌های مشابه است که با پوشش بخش اعظمی از هزینه‌های درمان، به بیمه‌شدگان برای گذر از دوره بیماری کمک خواهد کرد. در این مقاله از کاریزما لرنینگ، ضمن بررسی بیمه تکمیلی، به نکات مهم و شرایط بیمه تکمیلی که برای خرید این بیمه باید مورد بررسی قرار بگیرد، خواهیم پرداخت.

بیمه تکمیلی چیست؟

با اینکه اتفاقات آینده برای تمامی افراد، نامعلوم و غیرقابل پیش‌بینی است؛ اما قشر گسترده‌ای از مردم برنامه‌ریزی مالی مشخصی برای اتفاقات ناخوشایند مانند انواع بیماری‌ها دارند؛ تا در صورت وقوع، توانایی پوشش هزینه‌های مربوط به آن را داشته باشند.

بر اساس آیین‌نامه شماره ۷۴ شورای عالی بیمه، بیمه تکمیلی نوعی از بیمه است که برای جبران هزینه‌های درمان انواع بیماری به کار می‌رود و می‌توان بخش عمده هزینه‌های بیمارستانی و جراحی ناشی از بیماری، حادثه و سایر هزینه‌هایی که توسط بیمه‌گر اول (مانند سازمان‌های بیمه خدمات درمانی و تأمین اجتماعی) جبران نمی‌شود را توسط آن پوشش داد. بیمه درمان تکمیلی یک نوع بیمه اختیاری است که افراد می‌توانند در صورت تمایل و به‌صورت اختیاری آن را تهیه کنند.

اصطلاحات بیمه تکمیلی چیست؟

یکی از مشکلات اغلب افراد در زمان بررسی و خرید انواع بیمه، عدم آشنایی با اصطلاحات رایج این صنعت است. بیمه درمان تکمیلی نیز مانند هر بیمه‌ی دیگری، تعاریف و اصطلاحات خاصی دارد که تمامی متقاضیان استفاده از این بیمه، باید با آن آشنایی داشته باشند. به همین دلیل، بر اساس آخرین آیین‌نامه بیمه‌های درمان مصوب شورای عالی بیمه، یعنی آیین‌نامه ۹۹ بیمه مرکزی، به بررسی این اصطلاحات پرداخته‌ایم.

بیمه‌گر پایه: سازمان‌هایی مانند سازمان بیمه سلامت، تأمین اجتماعی و... که طبق قانون موظف به ارائه پوشش خدمات درمانی پایه هستند.

بیمه‌گر: شرکتی که متعهد به ارائه خدمات بیمه تکمیلی درمان می‌شود.

بیمه‌گذار: شخص حقیقی یا حقوقی که متعهد به پرداخت حق بیمه تعیین‌شده در بیمه‌نامه است و از خدمات و پوشش‌های بیمه‌نامه استفاده می‌کند.

موضوع بیمه: جبران هزینه‌های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و حادثه، به‌صورتی که در بیمه‌نامه تعیین شده و بیمه‌گر متعهد به آن است.

حادثه: هر واقعه ناگهانی که از یک عامل خارجی ناشی شده باشد. به‌طوری که بدون اراده فرد رخ داده و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.

بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی که به تشخیص پزشک، موجب اختلال در عملکرد طبیعی بدن گردد.

حق بیمه: وجهی است که بیمه‌گذار برای استفاده از خدمات و پوشش‌های بیمه‌گر می‌پردازد.

دوره انتظار: (در قرارداد دانشگاه لحاظ نمی‌شود و صرفاً برای آگاهی نگاشته شده است).

فرد بیمه‌شده نمی‌تواند بلافاصله پس از انعقاد قرارداد، از تمامی پوشش‌های ثبت‌شده در بیمه‌نامه استفاده کند. زیرا شرکت بیمه‌گر برای اطمینان از سلامت فرد بیمه‌شده، دوره‌ای را در نظر خواهد گرفت که از ابتدای شروع پوشش بیمه‌ای فرد بیمه‌شده و تا مدت معینی ادامه دارد. جبران خسارت‌های درمانی به‌وجود آمده در این بازه زمانی، در تعهد بیمه‌گر نخواهد بود.

فرانشیز: سهم فرد بیمه‌شده از هزینه درمان است که میزان آن در بیمه‌نامه تعیین می‌شود. برای مثال اگر در یکی از طرح‌های بیمه تکمیلی، ۱۰ درصد فرانشیز وجود داشته باشد، ۹۰ درصد هزینه‌های پزشکی را شرکت بیمه پرداخت کرده و فرد بیمه شده (بیمه‌گذار) در صورتیکه بیمه‌گر پایه تعهدی در موضوع درمان نداشته یا سهم خود را پرداخت ننماید، باید ۱۰ درصد خسارت را بیمه‌شده پرداخت کند.

خسارت قابل پرداخت: مبلغی که بیمه‌گر برای پوشش هزینه درمان و تا سقف تعهدات تعیین شده در بیمه‌نامه پرداخت می‌کند، توجه داشته باشید که فرانشیز از این مبلغ کسر می‌گردد.

مدت بیمه: زمان شروع و پایان بیمه با توافق طرفین تعیین شده و در بیمه‌نامه درج می‌شود. قابل توجه اینکه، اغلب بیمه‌های تکمیلی یک‌ساله (سال شمسی) هستند. **بیمه تکمیلی شامل چه مواردی میشود؟** پوشش‌های بیمه درمان تکمیلی، خدماتی است که شرکت بیمه‌گر با دریافت هزینه متعهد می‌شود که برای بیمه‌گذار انجام دهد. پوشش‌های آن نیز با توجه به شرایط بیمه تکمیلی و سیاست‌های شرکت بیمه‌گر متفاوت است.

انواع بیمه تکمیلی چیست؟ بیمه تکمیلی دارای سه نوع گروهی، خانواده و انفرادی است که در ادامه به آن‌ها پرداخته شده است. **بیمه تکمیلی گروهی:** نوعی بیمه درمانی است که توسط کارفرمایان برای کارکنان خریداری می‌شود. این بیمه‌نامه، برخی از هزینه‌های درمانی کارکنان که توسط بیمه‌های درمانی پایه پوشش نمی‌شود را پوشش می‌دهد.

بیمه تکمیلی درمانی خانواده: این بیمه‌نامه ویژه پوشش افراد یک خانواده است. بیمه درمانی تکمیلی خانواده، مسافرتین خارج از کشور را نیز پوشش می‌دهد. یکی از مهم‌ترین مزیت‌های این نوع از بیمه تکمیلی، سادگی خرید آن است.

بیمه تکمیلی انفرادی: بیمه درمان تکمیلی انفرادی توسط برخی از شرکت‌های بیمه ارائه می‌شود و طرح‌ها و پوشش‌های مختلفی دارد که با توجه به انتظارات بیمه‌گذار و سن او قابل استفاده است.

نحوه اخذ معرفی‌نامه و استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد:

با توجه به راه اندازی صدور معرفی‌نامه اینترنتی در اکثر مراکز پاراکلینیکی و بیمارستانهای طرف قرارداد، بیمه‌شدگان می‌توانند پس از مراجعه به سایت بیمه البرز به نشانی <https://alborzinsurance.ir/MedicalCenters.ir> و حصول اطمینان از امکان صدور معرفی‌نامه اینترنتی، برای استفاده از خدمات تشخیصی - درمانی، صرفاً با به همراه داشتن مدارک زیر و پس از مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد مورد نظر، معرفی‌نامه 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 (ارائه اصل برگ پذیرش ممه‌ور به مهر بیمارستان نیز قابل پذیرش می‌باشد).

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.

* برای دریافت معرفی‌نامه بایستی حداقل ۴۸ ساعت قبل از تاریخ بستری به دفتر بیمه مراجعه شود.

* با توجه به اینکه برای صدور معرفی‌نامه بعضی از اعمال جراحی ارائه مستندات درمانی نیز لازم است موقتاً پیشنهاد می‌شود قبل از انجام هر گونه عمل جراحی با دفتر بیمه مستقر در دانشگاه هماهنگی لازم به عمل آید.

همچنین تمامی بیمه‌شدگان می‌توانند با به همراه داشتن مدارک فوق الذکر، به هر یک از **شعب مرکزی شرکت بیمه البرز در استان‌ها** مراجعه نموده و نسبت به دریافت معرفی‌نامه مربوطه اقدام نمایند.

توجه ۱: چنانچه بیمه‌شده نسبت به اخذ معرفی‌نامه از شرکت بیمه البرز اقدام نموده و به هر دلیلی از معرفی‌نامه صادره (چه کاغذی و چه آنلاین) استفاده نکرده، می‌بایست در اسرع وقت معرفی‌نامه را برای ابطال به دفتر شرکت بیمه البرز عودت نماید. در غیر اینصورت با توجه به باز ماندن معرفی‌نامه، نمی‌تواند از باقیمانده سقف خود در مراکز درمانی دیگر استفاده نماید.

توجه ۲: با عنایت به انعقاد قرارداد با مراکز درمانی در سراسر کشور، در صورت مراجعه بیمه‌شده به هر یک از مراکز درمانی طرف قرارداد، صرفاً فرانشیز بیمه‌نامه و موارد خارج از تعهدات که در زیر معرفی‌نامه درج گردیده است به عهده بیمار می‌باشد (نقداً توسط بیمار پرداخت می‌شود).

توجه ۳: همه هزینه‌هایی که جنبه تحقیقاتی داشته و فاقد کد در کتاب ارزش نسبی خدمات است، مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی **غیرقابل پرداخت** می‌باشد.

فهرست مراکز درمانی بستری و سرپایی طرف قرارداد در سراسر کشور به همراه نشانی و شماره تلفن در سایت

شرکت بیمه البرز به نشانی اینترنتی زیر با انتخاب نام استان و نوع مرکز درمانی قابل جست‌وجو می‌باشد:

<https://alborzinsurance.ir/MedicalCenterst>

مهلت تحویل مدارک:

۱- در طول قرارداد: مهلت تحویل تمامی مدارک خسارت برای دریافت هزینه‌ها اعم از مدارک بیمارستانی، پاراکلینیکی و غیره در طول مدت قرارداد حداکثر تا ۹۰ روز پس از تاریخ ترخیص بیمه شده و حداکثر تا ۳۰ روز پس از دریافت سهم بیمه‌گر اول می‌باشد.

تذکر خیلی مهم: خدمات درمانی که پرداخت آنها به صورت اقساطی انجام می‌شود (مانند ارتودنسی، ایمپلنت، فیزیوتراپی و ...) لازم است با در نظر گرفتن مهلت یادشده نسبت به تسلیم مدارک هر مرحله اقدام گردد (تحویل مدارک را به پایان درمان موکول نفرمایید و در هر مرحله یا در صورت پرداخت هر قسط مدارک را در مهلت مقرر به شرکت بیمه تحویل نمایید).

۲- پس از اتمام قرارداد: مهلت تحویل همه مدارک خسارت برای دریافت هزینه‌ها اعم از مدارک بیمارستانی، پاراکلینیکی و غیره و یا تکمیل مدارک برگشتی و ناقص، برای تسویه هزینه‌های انجام شده بعد از انقضای قرارداد حداکثر تا ۳۰ روز پس از اتمام قرارداد و حداکثر ۱۵ روز پس از دریافت سهم بیمه‌گر اول خواهد بود.

با توجه به شرایط و ضوابط حاکم بر توافقات مراکز درمانی، طرف قرارداد با شرکت بیمه البرز، امکان افزایش و یا کاهش مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر در طول مدت بیمه نامه درمان تکمیلی وجود خواهد داشت. همچنین دریافت معرفی‌نامه از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر، از ۷۲ ساعت پیش از انقضای بیمه نامه امکان پذیر نمی‌باشد.

موارد ضروری برای اخذ نظر پزشک معتمد:

در زمان صدور معرفی‌نامه، بررسی جنبه زیبایی، درمانی و یا غیر درمانی بودن انواع جراحی‌های زیر توسط پزشک معتمد بیمه‌گر ضروری می‌باشد:

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

نوع جراحی	مدارک مورد نیاز
جراحی فتق نافی/جراحی فتق جدار شکم	گزارش سونوگرافی قبل از عمل
جراحی واریس پالیزر واریس پا	گزارش سونوگرافی قبل از عمل
انواع جراحی بینی (سپتوپلاستی، رینوپلاستی و...)	گزارش رادیوگرافی و سی تی اسکن قبل از عمل
انواع جراحی پستان شامل (ماموپلاستی (کوچک کردن پستان)، ژینکوماستی (بزرگی پستان در مردان) و...)	گزارش پاتولوژی، ماموگرافی و سی تی اسکن قبل از عمل
پیوند پوست/اگرافت پوستی	گزارش پاتولوژی قبل از عمل (بررسی در خصوص وسعت پیوند)
جراحی پلک شامل بلفاروپلاستی (ترمیم افتادگی پلک)، بلفاروپتوز (افتادگی پلک)	گزارش بینایی سنجی قبل از عمل، پریمتری یا تعیین بینایی قبل
کورتاژ تخلیه / سقط:	گزارش سونوگرافی و آزمایشات بارداری (برای احراز قانونی بودن نوع عمل بدون نیاز به معاینه)
جراحی فک:	صدور معرفی‌نامه جراحی فک صرفاً در صورت وجود تومور یا بروز حادثه و با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر امکان پذیر می‌باشد
جراحی بای‌پس معده (کاهش حجم معده)/اسلیو معده (برداشتن بخشی از معده)	صدور معرفی‌نامه بابت این عمل، صرفاً پس از تایید بیمه‌گر پایه و اندازه گیری قد و وزن بیمار توسط پزشک معتمد و حصول اطمینان از چاقی مفرط بیمار و BMI (شاخص توده بدنی) مساوی یا بیشتر از ۴۰ بیمار، امکان‌پذیر است و در سایر موارد نیز می‌بایست مطابق معیارهای لازم در شیوه‌نامه پرداخت خسارت (بررسی دیابت و...) اقدام گردد

نکات قابل توجه در صدور معرفی‌نامه در برخی از بیماری‌ها و جراحی‌ها:

مواردی که امکان صدور معرفی‌نامه وجود ندارد: در برخی از بیماری‌ها و جراحی‌ها به شرح زیر، امکان صدور معرفی‌نامه وجود ندارد. لذا بیمه‌شده می‌بایست پس از انجام هزینه نسبت به ارسال صورتحساب به شرکت بیمه‌گر اقدام نماید. لذا پس از بررسی مدارک و اظهار نظر توسط پزشک معتمد، مطابق شرایط بیمه‌نامه اتخاذ تصمیم خواهد شد:

- بلوک های عصبی: امکان صدور معرفی‌نامه (سرپایی - بستری) برای انجام بلوک های عصبی وجود ندارد؛ لذا بیمه‌شده می‌بایست این اقدام را به صورت آزاد (بدون استفاده از معرفی‌نامه) انجام دهد.

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

- جراحی دیاستازیس شکمی (آبโดمینوپلاستی) 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.
تبصره ۲: جراحی دیسک به روش لیزری یا امواج رادیوفر کوئرسی (RF): صدور معرفی نامه برای 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.

توجه: برای تعیین میزان دیوپتر عیوب انکساری می بایست درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات و یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم، مطابق میزان دیوپتر مندرج در تعهدات بیمه نامه، ملاک عمل قرار گیرد.

- 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 اکسیزیون لیپوم و تخلیه کیست: نظر به اینکه جراحی اکسیزیون 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.

بخش بستری

نحوه ارسال صورتحساب های 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 همه مدارک پزشکی مشروح زیر (۳ ماه پس از تاریخ هزینه درمانی و حداکثر یک ماه پس از پایان قرارداد) به بیمه گر اقدام نمایند. اصل صورتحساب بیمارستان و پزشکان مهمور به مهر بیمارستان.
- گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری.
- در صورت انجام جراحی، گواهی پزشک جراح، کمک جراح، بیهوشی و...
- ریز صورتحساب آزمایش، رادیولوژی، سونوگرافی، ام آر آی، اکو، اسکن و... به همراه گزارشات اقدامات مذکور.
- 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 مهمور به مهر اتاق عمل و پزشک معالج الزامی می باشد.
- در صورت انجام فیزیوتراپی، ارائه گواهی تعداد جلسات، تاریخ انجام آنها و اقدامات انجام شده در هر جلسه ضروری است.
- در صورت انجام جراحی D&C (کورتاژ)، ارائه سونوگرافی قبل از جراحی.
- در صورت انجام جراحی سپتوپلاستی، ارائه گرافی و گزارش آن قبل از جراحی.
- تصویر شرح عمل، خلاصه وضعیت بیمار و سیر بیماری و برگ بیهوشی (در صورت انجام جراحی).
- سایر مدارک پزشکی مربوطه مندرج در صورتحساب (ارائه جوابیه پاتولوژی و...)

ضوابط پرداخت صورتحساب ها (هزینه های بستری)

ملاک عمل در پرداخت هزینه های بستری، ارائه اصل تمامی مدارک توسط بیمه شده می باشد؛ لذا در صورت ارائه فاکتور المثنی یا تصویر مدارک، اسناد مربوطه عیناً عودت می گردد و قابل پرداخت نخواهد بود.

درج مهر در گواهی پزشکان، گواهی ویزیت و گواهی مشاوره و سایر اسناد مربوطه الزامی می باشد.

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 یا کپی چک خسارت دریافتی از سازمان اسناد پزشکی را به همراه تصویر برابر با اصل همه مدارک پرونده بستری به شرکت بیمه البرز ارائه نمایند.

توجه: پس از پرداخت خسارت توسط بیمه البرز، اصل مدارک درمانی برای استفاده از بیمه گر اول به هیچ وجه به بیمه شده مسترد نمی گردد.

در صورت مخدوش بودن نام و نام خانوادگی بیمه شده و تاریخ بستری در صورت حساب و یا سایر مدارک ارسالی، اسناد مذکور می بایست مجدداً توسط مرکز درمانی مربوطه تصحیح و مأمور گردد.

مبلغ خالص پرداختی بیمار صراحتاً، می بایست توسط مرکز درمانی مشخص گردد؛ لذا در صورت درج مبلغ باقیمانده در صورت حساب، پرداخت هزینه منوط به ارائه فاکتور یا صورت حساب مجدد، مأمور به مهر مرکز درمانی مربوطه می باشد.

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 صورت حساب الزامی نمی باشد.

حق تحقیق و بررسی در خصوص چگونگی درمان بیمه شده و بررسی مدارک پزشکی برای بیمه گر محفوظ می باشد.

سایر شرایط و مقررات در بخش بستری:

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 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.

توجه: حق العمل برای اعمال غیر مجاز در مطب (مانند عمل واریس، جراحی های باز و ... بر اساس آیین نامه بیمه مرکزی) غیر قابل پرداخت می باشد.

فرانشیز بیمه نامه:

در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر اول (بیمه گر پایه از قبیل بیمه خدمات درمانی، بیمه تامین اجتماعی و ...)، فرانشیز بیمه نامه معادل درصد مندرج در شرایط بیمه نامه (۱۰ درصد) لحاظ می گردد.

هزینه تخت همراه:

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

- **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.

- **هزینه های بستری بیشتر از ۱۴ روز:** با توجه به اینکه هزینه بستری حداکثر تا ۱۴ روز قابل پرداخت می باشد، در صورت تجاوز از این عدد لازم است با ارائه مدارک مثبت (گواهی از پزشک معالج مربوطه مبنی بر ارائه شرح حال بیمار و علت بستری و تایید موثر بودن بستری بیش از ۱۴ روز) هماهنگی با دفتر بیمه مستقر در دانشگاه انجام پذیرد. در صورت تایید مراتب بایستی معرفی نامه قبلی ملغی و معرفی نامه جدید صادر گردد.

هزینه های بستری مربوط به بیماری های اعصاب و روان (به استثناء جنون): از محل سقف تعهدات بستری قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

هزینه های عیوب مادرزادی: صورت حساب های مربوط به عیوب مادرزادی در صورت تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر (بررسی جنبه درمانی)، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

هزینه جراحی فک: هزینه های بستری جراحی فک صرفاً به علت وجود تومور یا وقوع حادثه (صرفاً با ارائه حادثه از مراجع ذیصلاح) تحت پوشش بیمه نامه (در مواردی که جنبه زیبایی نداشته باشد و به تایید پزشک معتمد بیمه گر برسد) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری: هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری (شامل IVF, GIFT, ZIFT, IUI و میکروانجکشن)، با ارائه کپی برابر اصل شناسنامه زوجین قابل پرداخت می باشد.

توجه ۱: هزینه مربوط به تعیین جنسیت جنین قابل پرداخت نمی باشد.

توجه ۲: هزینه رحم اجاره ای (به هر شکل و عنوان) قابل پرداخت نمی باشد.

هزینه های جراحی تغییر جنسیت: با ارائه اصل حکم مراجع قضائی و تایید پزشکی قانونی و برگ پذیرش بیمارستان پس از تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد.

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.

توجه ۱: هزینه خرید کلیه پیوندی: هزینه خرید کلیه با ارائه گواهی انجمن حمایت از بیماران کلیوی، مطابق فاکتور انجمن مزبور و مستندات پزشکی مبنی بر انجام پیوند قابل پرداخت می باشد. (هزینه انجام پیوند کلیه در بیمارستانهای دولتی و بیمارستانهای وابسته طرف قرارداد با تامین اجتماعی به صورت رایگان انجام می شود).

توجه ۲: هزینه های درمانی دهنده عضو قابل پرداخت نمی باشد.

هزینه های انجام خدمات درمانی در منزل: هزینه های خدمات درمانی در منزل از جمله پرستاری از سالمندان، فیزیوتراپی، ویزیت و خونگیری، بستری و ... غیر قابل پرداخت می باشد.

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 (با ارائه مدارک مثبت دال بر بستری) قابل پرداخت می باشد.

توجه: هزینه آمبولانس شامل جابجایی جسد نمی شود.

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. در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، درجه نزدیک بینی یا دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدرمطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، و برای هر چشم تا نصف سقف تعهدات قابل پرداخت می باشد (پرینت شماره چشم کامپیوتری ممهور به مهر پزشک ضمیمه پرونده بیمارستانی باشد).

تصادفات:

با توجه به دستورالعمل اجرائی ماده ۹۲ ویژه مصدومین حوادث ترافیکی برنامه چهارم توسعه ابلاغیه مورخ ۱۳۸۶/۱۱/۰۹، تمامی بیمارستان های عمومی، تخصصی و مراکز درمانی دولتی و غیردولتی موظفند نسبت به پذیرش، درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین اعم از سرپائی و بستری اقدام نمایند.

توجه: همه بیمارستان ها و مراکز درمانی دولتی و غیردولتی هنگام پذیرش و طی زمان بستری مصدومین مشمول این دستورالعمل، حق دریافت هیچگونه وجهی ندارند و تمامی هزینه ها بر مبنای تعرفه های دولتی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پرداخت خواهد شد. بنابراین شرکت بیمه البرز به عنوان بیمه گر تکمیل درمان تعهدی در قبال پرداخت هزینه های مربوطه ندارد.

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 سرکنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورتحسابهای آنان را تایید کند، تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر و تعرفه بیمارستان درجه یک کشور مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد.

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 با تاییدیه سفارت یا سرکنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور محل وقوع خسارت، برای بررسی و پرداخت به بیمه گر تحویل گردد.

بخش سرپایی و پاراکلینیکی

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

ضوابط پرداخت هزینه های تشخیصی (پاراکلینیکی)

- 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.

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

- 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.

- 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.

توضیحات موردی در بخش نسخ سرپائی - پاراکلینیکی - رادیولوژی - سونوگرافی - اسکن - ام آر آی - انواع آندوسکوپی (اقدامات آندوسکوپی) و سایر موارد پاراکلینیکی:

مدارک لازم برای پرداخت سایر هزینه‌های پاراکلینیکی:

ارائه دستور پزشک معالج (به استثنای نسخه الکترونیک) یا ارائه تصویر جواب (کپی جواب) ارائه فاکتور، مهمور به مهر مرکز مربوطه.

برای بیهوشی آندوسکوپی و کولونوسکوپی: فاکتور مهمور به مهر پزشک بیهوشی ضمیمه شود.

رادیولوژی: اصل دستور مهرداد (به استثنای نسخه الکترونیک) یا ارائه تصویر جواب، اصل قبض پرداختی مهمور به مهر.

فتوگرافی: فاکتور پرداختی، اصل دستور مهرداد (دندانپزشک)، می بایست فاکتور همراه با هزینه ارتودنسی ارائه شود.

تبصره ۱: جبران هزینه انجام سونوگرافی در مطب مشمول تعهدات بیمه نمی‌باشد (تنها در صورتی قابل پرداخت است که توسط فوق تخصص نازایی انجام شده باشد یا توسط متخصص زنان و زایمان فقط برای بارداری باشد).

تبصره ۲: جبران هزینه انجام کولونوسکوپی در مطب پزشک مطابق با بخشنامه شماره ۴۱۵۰/۴۰۰ د مورخ ۳۰/۰۲/۱۳۹۸ معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران، در تعهد بیمه‌گر نمی‌باشد مگر آنکه توسط فوق تخصص داخلی یا گوارش بدون بیهوشی و بدون نمونه برداری انجام شده باشد).

ارائه رسید دستگاه کارتخوان - پوز بانکی یا هر گونه رسید واریزی (اعم از رسید کارت به کارت، رسید حواله‌های بانکی، رسید حواله‌های همراه بانک و ... دال بر پرداخت وجه) برای دریافت هزینه خسارات مربوط به تمامی خدمات مندرج در پاراکلینیکی گروه ۵ از جدول تعهدات (فیزیوتراپی شامل: توان بخشی، مگنت‌تراپی، تمرین درمانی، ورزش درمانی، منوال تراپی و ماساژ درمانی، طب فیزیکی، آب‌درمانی، ترکشن مکانیکال، تکار تراپی، شک و یو تراپی، فیزیوتراپی گلوبال، مگنت‌تراپی، سوزن خشک، لیزر کم‌توان و پرتوان، TDCS, CPM، لیزر تراپی، کایروپراکتیک، حرکات اصلاحی، پرولوتراپی زانو، ازون تراپی، رادیوفرکوانسی، ارتوکین تراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی، رفتاردرمانی، طب سوزنی و اکثرو اکوپانچر) الزامیست.

تذکر بسیار مهم: بازپرداخت هزینه‌هایی که به صورت نقدی به مرکز درمانی پرداخت شده امکان‌پذیر نمی‌باشد.

- پرداخت هزینه فیزیوتراپی، لیزر تراپی و کایروپراکتیک و طب سوزنی: منوط به ارائه اصل دستور مهرداد پزشک متخصص مرتبط (در صورت الکترونیک بودن دستور پزشک، ارائه نسخه چاپی مهمور به مهر فیزیوتراپی الزامی است)، ارائه کارت جلسات و یا ارائه سایر اسناد صادره و تایید شده توسط مراجع درمانی می‌باشد.

توجه ۱: مراجعه به پزشک معتمد بیمه‌گر برای بیماران با تعداد جلسات فیزیوتراپی **بیشتر از ۱۰ جلسه و یا بیشتر از دو اندام**، در طول قرارداد و ارائه مدارک مستند مثبت و گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری و تعداد جلسات مورد نیاز فیزیوتراپی یا معاینه برای تشخیص و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر الزامی است.

توجه ۲: خدمت کایروپراکتیک و طب سوزنی تنها به صورت مستقل و با ارائه مستندات ملزوم و دستور پزشک متخصص مرتبط پرداخت می‌باشد.

ویژن تراپی: دستور پزشک متخصص مربوطه (چشم پزشک)، ارائه کارت جلسات، فاکتور پرداختی کلی از اپتومتریست، شرح عمل استراییسم (انحراف چشم)

توجه: برای انجام خدمات درمانی همراه با فیزیوتراپی طبق قوانین کتابچه ارزش های نسبی وزارت بهداشت محاسبه و قابل پرداخت می‌باشد.

کار درمانی و گفتار درمانی: گواهی از پزشک متخصص برای علت تجویز و تعداد جلسات، اصل دستور مهرداد پزشک، ارائه کارت جلسات، فاکتور مهمور به مهر مرکز توانبخشی با **سربرگ دارای آدرس و شماره تماس**، مهمور به مهر گفتاردرمان یا کاردرمان.

آب درمانی: می بایست حتماً در **مراکز درمانی فیزیوتراپی زیر نظر کارشناس فیزیوتراپ** انجام شود و در استخرها قابل پرداخت نمی‌باشد.

گچ‌گیری و آتل‌بندی: دستور پزشک مهمور به مهر مبنی بر گچ‌گیری (با ذکر نوع گچ‌گیری) بعلاوه اصل قبض داروخانه.

زگیل، میخچه، کیست ها و ضایعات پوستی: اصل دستور پزشک، تعداد و ابعاد ضایعه خارج شده با ذکر نام بیمار، در صورت نیاز نبودن به پاتولوژی باید پزشک قید کند که نیاز نبوده در غیر این صورت جواب پاتولوژی ضمیمه شود.

خال: اصل فاکتور مهمور به مهر پزشک با ذکر ناحیه، تعداد، ابعاد + کپی جواب پاتولوژی.

ارائه آزمایش HPV مثبت برای پرداخت هزینه زگیل ناحیه تناسلی الزامی است.

در خصوص هزینه‌های خارج کردن کیست های پاپیلونیدال، آبسه و درناژ و غدد چربی، جبران هزینه با ارائه جواب پاتولوژی از محل گروه پاراکلینیکی گروه (۳) و با اعمال فرانشیز بند مربوطه و در موارد غیر زیبایی پس از تایید و تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، قابل پرداخت می‌باشد. اعمال زیبایی از شمول این قرارداد خارج می‌باشد.

ختنه: دستور پزشک مبنی بر ختنه ممهور بر مهر پزشک، اصل قبض پرداختی ممهور به مهر درمانگاه و یا پزشک.

توجه: پرداخت هزینه ختنه مجدد یا ترمیم بعد از گذشت ۶ ماه با تایید پزشک معتمد بیمه‌گر قابل پرداخت می‌باشد.

بخیه: دستور پزشک مبنی بر بخیه ممهور به مهر پزشک (به همراه توضیح ابعاد بخیه بیمار) اصل قبض پرداختی ممهور به مهر درمانگاه و یا پزشک.

آمینوسنتز: مدارک مورد نیاز برای انجام آمینوسنتز شامل اصل قبض پرداختی، کپی جواب، گواهی پزشک معالج (متخصص زنان و زایمان) مبنی بر نوع بیماری و دلیل انجام آمینوسنتز، کپی جواب آزمایش یا سونوگرافی غیر نرمال قبل از انجام آمینوسنتز.

اسکن کف پا: حتما توسط پزشک متخصص یا مراکز معتبر انجام شود (توسط ارتوزیست و پروتزنیست غیر قابل پرداخت می‌باشد).

نمونه برداری از تیروئید fna جواب پاتولوژی ضمیمه شود.

برای انجام prp و تزریق مفصلی: فاکتور ممهور به مهر پزشک با ذکر ناحیه و تفکیک جلسات به تاریخ و مبلغ بعلاوه کپی از مدارک پزشکی (نهایت ۳ بار در طول قرارداد قابل پرداخت می‌باشد).

هزینه ویزیت (سرپائی)

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

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

توجه ۲: در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر اول، پرداخت ویزیت مشمول کسر فرانشیز بیمه‌نامه خواهد بود.

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

تعرفه ویزیت (سرپائی)

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

مشاوره روان درمانی، رفتاردرمانی: گواهی از پزشک متخصص برای علت تجویز و تعداد جلسات، اصل دستور مهردار پزشک، ارائه کارت جلسات، فاکتور ممهور به مهر مرکز درمانی با سربرگ دارای آدرس و شماره تماس، ممهور به مهر روانشناس **با ارائه رسید کارتخوان (پوز بانکی)**.

عینک

ارائه رسید دستگاه کارتخوان - پوز بانکی **متعلق به عینک فروشی** برای دریافت هزینه خسارت عینک و لنز طبی الزامی است. همچنین قبل از ارائه اسناد خسارت عینک و لنز طبی، شخص بیمار باید به همراه اصل مدارک، و عینک خریداری شده و کارت شناسایی به یکی از کارشناسان معتمد بیمه‌گر، برای تایید هزینه مراجعه فرمایند.

ضوابط و مدارک لازم برای پرداخت هزینه عینک:

۱- ارائه دستور پزشک متخصص، ممهور به مهر چشم پزشک و یا ارائه تجویز اپتومتریست به 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.

۳- ارائه رسید دستگاه کارتخوان (پوز بانکی).

تذکر بسیار مهم: بازپرداخت هزینه‌هایی که به صورت نقدی به فروشنده پرداخت شده امکان‌پذیر نمی‌باشد.

هزینه‌های مربوط به عینک و لنز تماس طبی تنها یک نوبت در هر سال بیمه‌ای قابل پرداخت می‌باشد. ضمناً هزینه تعمیر فریم و شیشه نیز مشابه شرایط جبران هزینه خرید عینک و لنز قابل پرداخت می‌باشد.

توجه: هزینه تعویض فریم (بدون لنز)، عینک طبی-آفتابی و آفتابی غیر قابل پرداخت می‌باشد.

انواع آزمایش

هزینه آزمایش‌های تشخیص پزشکی (آسیب شناسی) پاتولوژی - آزمایش‌های ژنتیک - مارکرهای جنینی

ضوابط و مدارک لازم برای پرداخت هزینه‌های آزمایش:

۱- ارائه دستور پزشک معالج (به استثناء نسخ الکترونیک) به همراه تصویر جوابیه آزمایش.

۲- ارائه اصل قبض پرداختی، ممهور به مهر آزمایشگاه.

۳- گواهی از پزشک متخصص معالج مرتبط مبنی بر لزوم انجام آزمایش، نوع بیماری یا شرح حال بیمار در آزمایشات ژنتیک خاص مبنی بر اثربخشی نوع آزمایش در روند درمانی بیماری.

توجه ۱: هزینه آزمایش ژنتیک با ارائه گواهی پزشک معالج و تصویر جواب آزمایش، پس از تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر از محل آزمایش ژنتیک قابل پرداخت می‌باشد.
توجه ۲: هزینه آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاریهای جنین با ارائه گواهی پزشک معالج و تصویر جوابیه آزمایش، پس از تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر قابل پرداخت می‌باشد. (در صورت تصویب و ابلاغ قوانین بالادستی مبنی بر تغییر قوانین مرتبط با انجام آزمایشات غربالگری جنین، مراتب به بیمه‌شدگان اطلاع رسانی شده و لازم الاجرا خواهد بود).

توجه ۳: جبران هزینه‌های آزمایشات طب کار، تست اعتیاد، آزمایش پیش از ازدواج، تمامی آزمایشات مصوب هیات دولت که به صورت رایگان در مراکز خدمات درمانی دولتی انجام می‌پذیرد (مانند آزمایشات غربالگری و شنوائی‌سنجی نوزاد تازه متولد و ...) و تمامی آزمایشات چک‌آپ خودخواسته بیمه‌شده در مراکز درمانی قابل پرداخت نیست.

ضوابط و مدارک لازم برای پرداخت هزینه‌های تست کرونا (آزمایش و اسکن):

- دستور پزشک متخصص (الزاماً در موارد آزمایش و اسکن کرونا).
- اصل قبض پرداختی.
- تصویر جواب آزمایش/اسکن.

ضوابط پرداخت آزمایش کرونا:

ردیف	نوع خدمت	توضیحات
۱	آزمایش آنتی بادی (سرولوژی) IGG و IGM	صرفاً در صورت مثبت بودن نتیجه آزمایش (IGG یا IGM) و با تجویز پزشک معالج <u>متخصص</u> قابل پرداخت می‌باشد.
۲	تست تشخیصی گلوبال کرونا (RT-PCR) و استخراج (RNA)	با تجویز پزشک مقیم اورژانس (عمومی یا متخصص طب اورژانس)، متخصص عفونی، متخصص گوش و حلق و بینی (ENT)، متخصص داخلی، متخصص اطفال، فوق تخصص ریه و متخصص زنان صرفاً در صورت باردار بودن بیمار قابل پرداخت می‌باشد. توجه: در صورت مثبت بودن نتیجه تست PCR، هزینه مذکور صرف نظر از تخصص پزشک تجویز کننده (عمومی یا متخصص) قابل پرداخت می‌باشد. آزمایش PCR مجدد در صورتی که با فاصله زمانی کمتر از ۲ ماه انجام شده باشد (به منظور چکاپ یا برگشت به کار) غیر قابل پرداخت می‌باشد و در صورتی که PCR اولیه منفی و PCR دوم مثبت باشد، در خصوص PCR اولیه مطابق شرایط فوق الذکر و PCR ثانویه قابل پرداخت می‌باشد.
۳	CT اسکن ریه	صرفاً با تجویز پزشک متخصص و یا متخصص طب اورژانس قابل پرداخت می‌باشد. توجه: در صورت مثبت بودن آزمایش PCR و یا مشاهده یافته‌های غیر طبیعی در CT اسکن و یا در صورتی که خدمت مذکور در تعهد بیمه پایه باشد، با تجویز پزشک عمومی نیز قابل پرداخت می‌باشد.
۴	تمامی هزینه‌های چکاپ انفرادی و گروهی	انجام تمامی هزینه‌های مربوط به بیماری کرونا (خارج از ضوابط مندرج در این جدول)، به استناد ماده ۱۴ آیین نامه ۹۹ مصوب شورای عالی بیمه جزء استثنائات بیمه‌نامه (چکاپ) محسوب گردیده و غیرقابل پرداخت می‌باشد.
۵	هزینه‌های بازگشت به کار (طب کار)	انجام تمامی تست‌ها و آزمایشات بیمه‌شدگانی که پس از بهبود بیماری کرونا و بمنظور بازگشت به محل کار انجام می‌گردد (هزینه‌های بازگشت به کار) غیرقابل پرداخت می‌باشد. به عبارتی هزینه‌های مذکور جزو هزینه‌های طب کار محسوب می‌گردد.

ضوابط پرداخت هزینه نسخ دارویی:

در صورت درج دستور دارویی در سربرگ پزشک معالج و یا در نسخ دفترچه درمانی (هزینه آزاد) موارد زیر می‌بایست رعایت گردد:

- ۱- مهمور 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: در صورت تشخیص بیمه‌گر، ارائه آزمایشات دوره‌ای بیمار برای پرداخت هزینه دارو الزامی است.

ملاک پرداخت هزینه نسخ دارویی:

هزینه نسخ دارویی، بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

توجه ۱: پرداخت دارو برای هر نوبت تجویز پزشک معالج حداکثر به مدت ۳ ماه می‌باشد.

توجه ۲: داروهای مربوط به رژیم درمانی (کاهش و افزایش وزن)، داروهای تقویت کننده قوای جنسی، مکمل ورزشی، تقویت حافظه، لوازم آرایشی و بهداشتی کرم‌ها و محلول‌هایی که کاربرد زیبایی دارند و سایر موارد مشابه در تعهد بیمه البرز نمی‌باشند.

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

داروهای ایرانی

هزینه داروهای مجاز ایرانی که جنبه درمانی داشته باشد، با ارائه دستور پزشک و ارائه سند پرداخت هزینه، ممهور به مهر داروخانه قابل پرداخت می‌باشد.

داروی خارجی، مکمل، گیاهی:

داروهای خارجی که دارای نمونه ایرانی باشند، حداکثر به قیمت ایرانی قابل پرداخت می‌باشند.

داروهای گیاهی که دارای تاییدیه سازمان غذا و دارو باشند، قابل پرداخت می‌باشد.

هزینه داروهای مکمل که جنبه درمانی داشته باشند، با تجویز پزشک متخصص مرتبط و ارائه آزمایش قابل پرداخت می‌باشد.

داروهای بیماران خاص و صعب‌العلاج

هزینه داروهای خوراکی بیماران خاص (شامل بیماران دیالیزی، هموفیلی، تالاسمی و ام اس) و صعب‌العلاج، در موارد غیر بستری در صورت تجویز توسط پزشک متخصص مرتبط و پس از تایید پزشک معتمد بیمه‌گر از محل تعهدات هزینه‌های بیماری خاص قابل پرداخت می‌باشد.

داروی شیمی درمانی تزریقی

هزینه داروی شیمی درمانی تزریقی صرفاً با ارائه گواهی تزریق (کموتراپی) به همراه نسخه دارویی (ممهور به مهر پزشک متخصص و داروخانه) گواهی پزشک متخصص مبنی بر نوع بیماری و تعداد جلسات مورد نیاز شیمی درمانی از محل سقف تعهدات اعمال جراحی خاص قابل پرداخت می‌باشد.

سمعک

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 زیر قابل پرداخت می‌باشد:

مدارک لازم برای 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).

۵- تصویر کارت گارانتی سمعک (درج تاریخ اعتبار) به انضمام جعبه حاوی بارکد.

تبصره ۱: مشخصات و مارک سمعک با فاکتور شرکت حامی (شرکت وارد کننده) به شرح زیر می‌بایست مطابقت داشته باشد:

مارک: resound شرکت تاراطب مهر.

مارک: siemens شرکت فن آذرخش.

مارک: Oticon شرکت آلتون شنوا.

مارک: unitron شرکت بهکاران عرصه.

مارک: widex شرکت پرشیا سمعک.
مارک: phonak شرکت ندا سمعک.
مارک: bernaфон شرکت برنا فون شنوا.
مارک: hanasaton شرکت ماسای پارس تجهیز.

تبصره ۲: مشخصات فاکتور فروش:

- ۱- فاکتور فروش می‌بایست به‌صورت چاپی باشد، به عبارتی اطلاعات فاکتور به‌صورت دستی در فاکتور درج نگردد.
- ۲- فاکتور دارای کد اقتصادی معتبر شرکت فروش باشد.
- ۳- فاکتور از شرکت حامی وارد کننده سمعک باشد، لذا در صورت ارائه فاکتور از سایر شرکتها، هزینه سمعک قابل رسیدگی نخواهد بود.
- ۴- تعویض پردازشگر صدا، تنظیم مجدد پردازشگر کاشت حلزون و سایر تجهیزات جانبی مرتبط با حلزون گوش که به دلیل استهلاک یا خرابی و ... غیر قابل استفاده باشند بدون محدودیت تعداد دفعات در طول قرارداد تا سقف تعهدات بند مربوطه قابل پرداخت می باشد.

بخش دندانپزشکی

به منظور رفاه حال بیمه‌شدگان محترم، پیشنهاد می‌گردد متقاضیان استفاده از خدمات دندانپزشکی، ترجیحاً از مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد بیمه البرز (مطبها و کلینیک‌های دندانپزشکی) استفاده نمایند؛ لکن چنانچه بیمه‌شده به هر دلیلی به مطبها و مراکز غیرطرف قرارداد مراجعه نماید، پرداخت تمامی هزینه خدمات دندانپزشکی اعم از کشیدن، جرم‌گیری و بروساژ، ترمیم و پرکردن، درمان ریشه، روکش، دندان مصنوعی و ایمپلنت و سایر خدمات درمانی دندانپزشکی (باستثنای موارد زیبایی) بر اساس تعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل بررسی و پرداخت خواهد بود.

نکته: در صورت باردار بودن بیمار به‌جای ارائه رادیوگرافی، ارائه جواب سونوگرافی الزامی می‌باشد.

نحوه استفاده بیمه‌شدگان از مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد:

در صورتیکه بیمه‌شده ای از مراکز غیر طرف قرارداد استفاده نماید، می‌بایست صورت هزینه‌های دندانپزشکی خود را در سربرگ دندانپزشک/کلینیک مربوطه به همراه مهر دندان‌پزشک، تمامی مستندات از جمله کلیشه رادیوگرافی و... به بیمه‌گر 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 می‌باشد.

توجه ۲: در صورتیکه ۷۰٪ تاج دندان‌های قدامی از بین رفته باشد و یا اینکه عصب‌کشی شده باشند، پرداخت هزینه روکش زیرکونیوم بلامانع می‌باشد.

ضوابط پرداخت هزینه‌های دندانپزشکی غیر طرف قرارداد (آزاد):

هزینه‌های دندانپزشکی طبق تعرفه ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حداکثر تا سقف جداول تعهدات بیمه‌نامه با لحاظ فرانشیز مندرج در شرایط بیمه‌نامه محاسبه و پرداخت می‌گردد.

در صورت انجام خدمات دندانپزشکی خاص و یا غیر متعارف، معاینه بیمار قبل و یا بعد از اقدامات دندانپزشکی (به‌صورت موردی) یا ارائه OPG قبل و بعد، توسط دندانپزشک معتمد بیمه‌گر ضروری می‌باشد.

توجه: ارائه رسید دستگاه کارتخوان (پوز بانکی) یا هر گونه رسید واریزی (اعم از رسید کارت به کارت، رسید حواله‌های بانکی، رسید حواله‌های همراه بانک و ... دال بر پرداخت وجه) برای همه خدمات دندانپزشکی الزامی می‌باشد.

تذکر بسیار مهم: بازپرداخت هزینه‌هایی که به صورت نقدی به مرکز درمانی یا پزشک پرداخت شده امکان‌پذیر نمی‌باشد.

مدارک لازم برای پرداخت انواع خدمات دندانپزشکی:

ترمیم‌دندان (پرکردن)

برای پرداخت هزینه ترمیم دندان‌ها، به یکی از دو روش زیر اقدام گردد:

- ۱- ارسال گرافی OPG قبل کار و گرافی پایان درمان.
- ۲- ارسال گرافی OPG قبل کار و تایید پزشک معتمد.

تذکر مهم: برای هر تعداد دندان، رعایت یکی از روش‌های فوق ضروری است.

درمان ریشه (عصب‌کشی)

با توجه به اینکه دندانپزشک معالج، برای انجام درمان ریشه می‌بایست نسبت به تهیه رادیوگرافی OPG قبل و بعد از انجام کار اقدام نماید، لذا به منظور محاسبه تعداد کانال‌های درمان شده ریشه دندان، علاوه بر ارایه رادیوگرافی‌های OPG قبل و بعد و رادیوگرافی پری اپیکال حین کار ضروریست. **توجه:** در صورت انجام درمان ریشه (عصب‌کشی) مجدد، علاوه بر ارائه رادیوگرافی OPG قبل و بعد و رادیوگرافی پری اپیکال حین کار ضروریست.

درمان بیماری‌های لثه و کشیدن دندان با روش جراحی:

- برای پرداخت هزینه‌های درمان بیماری‌های لثه و جراحی دندان نهفته فقط ارائه گرافی OPG قبل درمان الزامی است.
 - برای پرداخت جراحی افزایش طول تاج، فاکتور هزینه می‌بایست حتما همراه با فاکتور روکش همان دندان ارائه شود.
 - ارسال رادیوگرافی OPG قبل برای کشیدن بیش از ۴ دندان الزامی می‌باشد.
- روکش دندان:**

برای پرداخت هزینه روکش دندان‌ها ارائه OPG قبل و گرافی بعد از درمان الزامیست.

درمان ایمپلنت:

ضوابط پرداخت هزینه‌های درمان ایمپلنت:

برای پرداخت هزینه درمان ایمپلنت، ارائه اسکن C.B.C.T و O.P.G قبل از شروع کار و رادیوگرافی پری اپیکال بعد از انجام کار الزامی می‌باشد. **توجه:** برای پرداخت هزینه ایمپلنت، الزاماً رادیوگرافی‌های مربوطه باید در مدت زمان اعتبار بیمه‌نامه باشد.

نحوه پرداخت هزینه درمان ایمپلنت:

هزینه‌های ایمپلنت پس از تأیید اولیه و تأیید نهایی با توجه به مستندات مربوطه، طی دو نوبت به شرح زیر پرداخت می‌گردد:

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 به صورت مجزا توسط دندانپزشک معالج ضروری می‌باشد.

تذکر: در صورتیکه جراحی، پیوند پودر استخوان، گذاشتن فیکسچر یا هیلینگ در قرارداد سال قبل انجام شده باشد، پرداخت خسارت ادامه مراحل ایمپلنت در قرارداد سال جاری با رعایت کامل نکات ذکر شده در این شیوه‌نامه امکان‌پذیر است.

دندان مصنوعی:

پرداخت هزینه دندان مصنوعی و نیز پلاک کروم کبالت و همچنین پلاک آکریلی، معاینه بیمار بعد از درمان توسط پزشک معتمد بیمه الزامی است.

تذکر: پرداخت هزینه دندان مصنوعی هر ۵ سال یکبار مقدور می‌باشد.

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

ارتودنسی:

مدارک لازم برای پرداخت هزینه ارتودنسی:

- ۱- ارائه رادیوگرافی‌های OPG و لترال سفالومتری، فتوگرافی.
 - ۲- معاینه بیمار قبل از انجام خدمت و بعد از چسباندن براکت‌ها و تحویل پلاک توسط پزشک معتمد.
 - ۳- فاکتور پزشک معالج شامل کل هزینه‌های ارتودنسی، نحوه دریافت هزینه، تاریخ شروع و پایان.
- تبصره:** بابت هزینه ارتودنسی فقط نصب براکت تحت پوشش می‌باشد و شروع انجام کار باید در بازه قرارداد فی مابین باشد.

جرم‌گیری و بروساژ:

حداکثر یک بار در طول قرارداد فی مابین قابل پرداخت می‌باشد.

دندان پزشکی مربوط به بخش اطفال:

پلاک فضا نگهدارنده ثابت یا متحرک:

- برای پرداخت هزینه پلاک فضا نگهدارنده ثابت یا متحرک، معاینه بیمار توسط پزشک معتمد ضروریست.

- برای روکش SSC معاینه بیمار توسط پزشک معتمد یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان ضروریست.

دندانپزشکی تحت بیهوشی:

در صورت انجام خدمات دندانپزشکی هریک از بیمه‌شدگان تحت بیهوشی، همه هزینه‌های صورتحساب (شامل: حق‌الزحمه پزشک بیهوشی، جراح، اتاق عمل، دارو، وسایل مصرفی، تخت و...) به‌صورت گلوبال (یکجا) مطابق تعرفه از سقف تعهدات دندانپزشکی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

هزینه بیهوشی صرفاً برای گروه‌های زیر قابل بررسی می‌باشد:

۱- همه معلولین ذهنی و جسمی.

۲- بیماران غیر همکار صرفاً برای سنین کمتر از ۷ سال (منظور از بیماران غیر همکار، بیمارانی می‌باشند که با دندانپزشک همکاری نمی‌نمایند).

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

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 بیمه‌شدگان، ارائه پرینت یا سی دی آن مورد قبول می‌باشد.

تعریف انواع گرافی در دندانپزشکی:

- **OPG:** نام‌های دیگر این تکنیک پانورکس و پانورامیک می‌باشد. در این تکنیک فک‌های بالا و پایین (مگزایلا و ماندیبول) به همراه همه دندان‌ها رؤیت می‌گردند. درگرافی OPG وضعیت استخوان و دندان‌ها و نهفتگی‌ها خصوصاً دندان‌های عقل و کیست‌ها و تومورها قابل مشاهده می‌باشد.
- به عبارتی نوعی روش عکسبرداری (کلیشه بزرگ) از دندان‌ها می‌باشد که یک نمای کلی از موقعیت تمام دندان‌ها و استخوان‌های فک بالا و پایین را نمایش می‌دهد.
- **پری اپیکال: (P.A)** معمول‌ترین نوع رادیوگرافی مورد استفاده دندانپزشکان می‌باشد که چند دندان را پوشش می‌دهد. این گرافی برای تشخیص ناهنجاریهای تک دندان یا ناحیه کوچکی از دهان (شامل چند دندان) تجویز می‌گردد. گرافیهای رایج در دندانپزشکی گرافی‌های پری اپیکال می‌باشند و معمولاً یک گرافی برای مشاهده وضعیت دندانی خاص کافی می‌باشد. در معالجه ریشه دندان (روت کانال تراپی) ۲ یا ۳ گرافی پری اپیکال، قبل، ضمن و بعد از عمل تهیه می‌گردد. بنابراین P.A نوعی روش عکسبرداری (کلیشه کوچک تک دندانی) که برای بررسی طول ریشه و ضایعات و... یک یا دو دندان تهیه می‌گردد.
- **اسکن: CBCT** نوعی تصویر برداری (اسکن) ۳ بعدی است که برای جایگذاری ایمپلنت‌های دندانی، مشخص شدن کیفیت و کمیت استخوان و بالا بردن سینوس و تومورهای فکی استفاده می‌شود.

سفالومتری: سفالومتر نوعی دستگاه است که سر را با ابزاری نگه می‌دارد و از آن با اشعه ایکس تصویربرداری می‌کند. و در درمان‌های ارتودنسی برای تشخیص ناهنجاریهای دندانی بکار می‌رود. سفالومتری در دو وضعیت رخ و نیم رخ انجام می‌شود، نوعی روش عکسبرداری است که به منظور اندازه‌گیری جمجمه، فک، دندان و صورت انجام می‌شود. به عکس حاصل از این روش سفالوگرام گفته می‌شود. سفالوگرام، گرافی است که دندانپزشکان، جراحان دهان فک و صورت از آن به عنوان نقشه درمان استفاده می‌کنند. سفالوگرام ارتباط بین نسج نرم و استخوان‌ها را نشان می‌دهد و به تشخیص اختلالات رشد قبل از درمان و حین درمان برای ارزیابی پیشرفت کمک می‌کند.

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

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

اصل حسن نیت

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

به استثناء ماده ۷ شرایط عمومی بیمه نامه، هرگاه ثابت شود که بیمه‌شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارایه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است، نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه‌شدگان حذف می‌شود و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه‌های تشخیصی- درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه‌گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه‌شده است.

با آرزوی سلامتی و بهروزی

مدیریت سرمایه های انسانی

اداره رفاه و جبران خدمات کارکنان دانشگاه شیراز

۱۴۰۴/۰۸/۲۰