مدارک لازم جهت پرداخت خسارت های درمان

جهت رفاه حال بیمه شدگان محترم و تسریع در روند خدمات، مدارک مورد نیاز جهت جبران هزینه در هر مورد پزشکی، **مشروط بر پوشش در قرارداد درمان تکمیلی** به تفصیل اعلام می گردد.

خاطر نشان می سازد، کلیه هزینه های تحت پوشش بیمه نامه با اعمال تعرفه مصوب وزارت بهداشت محاسبه و پرداخت خواهد شد.

بیمارستانی	✓ صورت حساب و ریز صورتحساب (اصل، مهر شده و درصورت ارسال به بیمه گر اول: کپی برابر با اصل کارگذاری) ✓ دستور بستری ✓ - برگه خلاصه پرونده ✓ جواب پاتولوژی درعمل های نمونه برداری ✓ گزارشات ویزیت و مشاوره - برگه بیهوشی (در مواردی به غیر از درمان طبی) - شرح عمل - فاکتور بیمه گر اول درصورت ارسال به بیمه گر اول - برگ دستورات پزشک
***** درصورت انجام اکو کاردیوگرافی، آزمایش پاتولوژی، تست ورزش، اسکن و ... حین بستری در بیمارستان، یک نسخه از جواب حتماً باید ضمیمه مدارک بیمارستانی گردد.**	
دندانپزشکی	✓ **هزینه های دندانپزشکی شامل کشیدن، برو ساژ، جرم گیری، ترمیم و پرکردن، درمان ریشه (عصب کشی)، روکش، جراحی لثه، ایمپلنت و ارتودنسی** ✓ **تبصره: ارائه رسید دستگاه کارتخوان (پوز بانکی) الزامی است** ✓ **کشیدن دندان قدامی و خلفی**: ارائه فاکتور ممهور به مهر دندانپزشک به تفکیک قیمت، شماره دندان ✓ **جراحی نسج نرم، جراحی نسج سخت**: ارائه فاکتور ممهور به مهر دندانپزشک به تفکیک قیمت، شماره دندان، رادیولوژی قبل از انجام کار ✓ **ترمیم (پرکردن دندان)**: ارائه فاکتور ممهور به مهر دندانپزشک به تفکیک قیمت، شماره دندان و نوع مواد مصرفی، رادیولوژی قبل و بعد از انجام کار ✓ **درمان ریشه (عصب کشی دندان)**: ارائه فاکتور ممهور به مهر دندانپزشک به تفکیک قیمت، شماره دندان و تعداد کانال های درمان ریشه (اندو)، رادیولوژی قبل و بعد از انجام کار ✓ **جرمگیری و برو ساژ**: ارائه فاکتور ممهور به مهر دندانپزشک به تفکیک قیمت ✓ **روکش بعداز عصب کشی**: ارائه فاکتور ممهور به مهر دندانپزشک، شماره دندان، نوع روکش، رادیولوژی قبل و بعد از انجام کار ✓ **جراحی لثه(فلپ)**: ارائه گواهی ممهور به مهر ارائه رادیولوژی OPG قبل ازکار و یا اسکن CBCT، تاییدیه پزشک معتمد ✓ **ایمپلنت دندان**: ارائه گواهی ممهور به مهر دندانپزشک ارائه رادیولوژی OPG قبل و بعدکارواسکن CBCTقبل از کار، دریافت تایید پزشک معتمد همراه فرم ارجاع جهت معاینه و تایید ✓ **تبصره**:تاریخ انجام گرافی پانورکس وCBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد. ✓ **ارتودنسی**: ارائه رادیوگرافی های پانورکس و لترال سفالومتری، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت ،و ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک الزامی است. ، فاکتور پزشک معالج شامل کل هزینه های ارتودنسی، نحوه دریافت هزینه، تاریخ شروع، پایان، تایید پزشک معتمد بیمه ✓ **دندان مصنوعی**: پرداخت هزینه دندان مصنوعی ونیز پلاک کروم کبالت وهمچنین پلاک آکریلی ،پس از ارسال پرینت عکس توسط تلفن همراه (یکبار داخل دهان ویکبار خارج از دهان)ارائه فاکتور ممهور به مهر دندانپزشک به تفکیک قیمت، درج تاریخ، مبلغ کل دریافتی، مراجعه به پزشک معتمد به همراه فرم ارجاع ✓ جهت دریافت معرفی نامه معاینه بیمار قبل از درمان و معاینه بیمار با ارائه فتوگرافی بعداز درمان الزامی است. ✓ بیمه گر میتواند در طول قرارداد بصورت رندوم پیش از پرداخت هزینه های دندانپزشکی تعدادی از بیمه شدگان محترم را جهت معاینه و تایید اعمال انجام شده به پزشک معتمد خود ارجاع نماید و جبران هزینه ها پس از تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود.

	✓ **هزینه مربوط به موارد زیبایی دندان پوشش ندارد.**
پاراکلینیکی	**مدارک لازم جهت جبران هزینه های پاراکلینیکی:** آزمایشات، سونوگرافی، ماموگرافی، سی تی اسکن، ام آرآی، انواع آندوسکوپی، تست ورزش، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، اکو کاردیوگرافی، استرس اکو، شنوایی سنجی و ... ۱-دستور پزشک معالج یاتصویرجواب ۲-اصل قبض ممهور به مهر مرکز درمانی **ضوابط پرداخت هزینه پاراکلینیکی:** ۱-ملاک پرداخت هزینه ای پاراکلینیکی ،ارائه اصل فاکتور (قبض)می باشد،لذادرصورت ارائه فاکتور المثنی یا تصویر فاکتور،مدارک مربوطه عینا"عودت می گردد ۲-درج نام و نام خانوادگی بیمار،تاریخ ویزیت یا فاکتور و مبلغ پرداختی در مدارک ارسالی الزامی می باشد. ۳-درصورت 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 نصحیح و مجددا"ممهور گردد. ۴-در صورت درج مبلغ باقیمانده در فاکتور(قبض)پرداخت هزینه منوط به ارائه فاکتور قطعی ویا درج مجدد مهر مرکز مربوطه مبنی بر تسویه کامل خواهد بود. **هزینه آزمایش های تشخیص پزشکی -آزمایش های ژنتیک جنین-مارکر های جنینی-پاتولوژی(آسیب شناسی)** ۱-ارائه دستور پزشک معالج (به استثنا نسخ الکترونیک)یا تصویر جواب آزمایش ۲-ارائه قبض پرداختی ممهور به مهر آزمایشگاه تبصره:هزینه آزمایش ژنتیک با ارائه گواهی پزشک معالج وتصویر جواب آزمایش پس از تیید پزشک معتمد بیمه گر از محل آزمایش ژنتیک قابل پرداخت می باشد. تبصره۲:هزینه آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاری های جنین باارائه گواهی پزشک معالج و تصویر جواب آزمایش پس از تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد. ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های تست کرونا: دستور پزشک معالج اصل قبض پرداختی تصویر جواب آزمایش /اسکن **-تبصره: سونوگرافی هایی که توسط متخصص زنان درمطب انجام میشود طبق بخشنامه وزرات بهداشت درمان وآموزش پزشکی از تاریخ ۱۳۹۸/۰۴/۰۱ غیر قابل پرداخت میباشد واخذ مبلغ جداگانه جهت سونوگرافی در مطب توسط پزشکان متخصص زنان غیر قانونی است.** -**رادیولوژی:** اصل دستور مهردار(به استثنا نسخ الکترونیک)یا ارائه تصویر جواب ، اصل قبض پرداختی ممهور به مهر، مدارک بیمه شده اصلی و فرعی -**فیزیوتراپی:** پرینت دستور پزشک ممهور به مهر فیزیوتراپی،کارت جلسات، فاکتور ممهور به مهر مرکز فیزیوتراپی ✓ **تبصره: ارائه رسید دستگاه کارتخوان (پوز بانکی) الزامی است**

-**کاردرمانی وگفتاردرمانی**:گواهی از پزشک متخصص جهت علت تجویز و تعداد جلسات، اصل دستور مهردار پزشک، ارائه کارت جلسات، فاکتور ممهور به مهر مرکز توانبخشی ،دریافت تایید پزشک معتمد همراه فرم ارجاع جهت معاینه و تایید

-**مشاوره روان درمانی**: گواهی از پزشک متخصص مرتبط مبنی بر نوع بیماری، علت تجویز و تعداد جلسات و زمان هرجلسه، فاکتور ممهور به مهر مبلغ پرداختی ،دریافت تایید پزشک معتمد همراه فرم ارجاع جهت معاینه و تایید

-**مدارک لازم جهت جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی :**

-**گچ گیری وآتل بندی: دستور پزشک ممهور به مهر مبنی برگچ گیری (باذکر نوع گچ گیری)** + اصل قبض داروخانه

زگیل ، میخچه ، کیست های وضایعات پوستی: اصل دستور پزشک، تعداد و ابعاد ضایعه خارج شده با ذکر نام بیمار،درصورت نیاز نبودن به پاتولوژی باید پزشک قید کندکه نیاز نبوده در غیر این صورت جواب پاتولوژی ضمیمه شود

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

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: اصل قبض پرداختی ممهور به مهر، کپی جواب، گواهی پزشک مرتبط مبنی بر نوع بیماری و دلیل انجام آمینوسنتز، کپی جواب آزمایش یا سونوگرافی غیر نرمال قبل ازانجام آمینوسنتر

هزینه های ویزیت پزشک: اصل قبض پرداختی درمانگاه،کلینیک و... یا اصل سربرگ پزشک ممهور به مهر پزشک یا اصل برگ سبز دفترچه بیمه گر

داروی مصرفی: در صورت درج دستور دارویی در سربرگ پزشک معالج ویا در نسخ دفترچه درمانی موارد ذیل می بایست رعایت گردد:

۱-ممهور به مهر پزشک

۲-درج ریز اقلام دارویی

۳-ممهور به مهر داروخانه

۴-درج ریز قیمت داروها توسط داروخانه

۵-درج حق فنی

ملاک هزینه پرداخت نسخ دارویی:

۱-استثنائات داروهای مربوط به رژیم درمانی (کاهش و افزایش وزن)،داروهای تقویت کننده ی قوای جنسی،مکمل ورزشی،تقویت حافظه،لوازم آرایش و بهداشتی ،کرم ها و محلول هایی که کاربرد زیبایی دارندو سایر موارد مشابه در تعهد بیمه البرز نمی باشند

۲-هزینه سرنگ،اسکالپ،وین،آنژیوکت،ست سرم و میکروست صرفا مطابق با تعداد آمپول و سرم تجویز ده در نسخه قابل پرداخت می باشد.

داروهای ایرانی:

هزینه داروهای ایرانی که جنبه درمانی داشته باشد و درفهرست فارماکوپه ایران باشد،باارائع دستور پزشک و ارئه سند پرداخت هزینه ،ممهور به مهر داروخانه قابل پرداخت می باشد

داروهای خارجی-گیاهی-مکمل-پوستی:

داروهای خارجی که دارای نمونه ایرانی باشند حداکثر به قیمت ایرانی قابل پرداخت می باشند

داروهای خارجی که فاقد نمونه ایرانی باشند معادل۳۰٪ قیمت دارو با کسر۱۰٪ فرانشیز قابل پرداخت می باشد

داروهای گیاهی که دارای تاییدیه سازمان غذا و دارو باشند قابل پرداخت می باشند

هزینه داروهای مکمل وپوستی غیر قابل پرداخت می باشند

داروهای خوارکی بیماران خاص و صعب الاعلاج:

هزینه داروهای خوارکی بیماران خاص (بیماران دیالیزی،هموفیلی،تالاسمی وms) و صعب الاعلاج ،در موارد غیر بستری در صورت تجویز توسط پزشک متخصص مرتبط و پس از تایید پزشک معتمد بیمه گر از محل تعهدات هزینه های بیماری خاص قابل پرداخت می باشد.

داروهای شیمی درمانی تزریقی:

هزینه داروهای شیمی درمانی تزریقی صرفا" با ارائهی گواهی تزریق (کموتراپی)به همراه نسخه دارویی (ممهور به مهر پزشک متخصص وداروخانه)از محل سقف تعهدات اعمال جراحی خاص قابل پرداخت می باشد.

هزینه های عینک و لنز طبی: ۱-ارائه دستورپزشک متخصص،ممهور به مهر چشم پزشک ویا ارائه تجویز اپتومتریست به همراه برگه اپتومتری (تعیین نمره چشم)اپتومتریست

۲-ارائه فاکتور معتبرخرید عینک (شیشه،فریم)،دارایسربرگ وآدرس وشماره تلفن،ممهوربه مهر مرکز مربوطه

۳-ارائه رسید دستگاه کارتخوان (پوز بانکی)صرفا جهت مبلغ بالای ۵۰۰۰،۰۰۰ ریال

۴-هزینه های مربوط به عینک ولنز تماس طبی به صورت یک نوبت در هرسال بیمه ای قابل پرداخت می باشد.

۵-درصورت غیرمتعارف بودن هزینه و به صلاح دید کارشناس مربوطه بیمه شده توسط اپتومتریست معتمد بیمه گر دعوت به معاینه می گردد.

مدارک لازم جهت جبران هزینه های دندان پزشکی: گواهی از دندانپزشک معالج یا مرکز درمانی (ممهور با مهر دندانپزشک)، عکس رادیولوژی قبل و بعد از کار (با توجه به نوع درمان انجام شده)

جبران هزینه سمعک: دستور پزشک متخصص مرتبط ممهور به مهر، کپی جواب شنوایی سنجی، اصل فاکتور تجهیزات پزشکی

مدارک لازم جهت جبران هزینه های آمبولانس: اصل قبض آمبولانس ممهور به مهر، مبدا و مقصد مشخص باشد، خلاصه پرونده بستری پذیرش بیمه شده درمرکز درمانی

هزینه آمبولانس شامل جابجایی جسد نمیگردد.

هزینه آمبولانس به شرط بستری بیمه شده و از محل منزل (یا محل حادثه) به مرکز درمانی و یا بین دو مرکز درمانی قابل پرداخت میباشد.

مدارک لازم جهت دریافت معرفی نامه بیمارستانی: مراجعه به بیمارستان های طرف قرارداد و دریافت اصل برگه پذیرش بیمارستانی ممهور به مهر

عدم صدور معرفینامه جهت هرگونه اعمال با بی حسی (بدون بیهوشی عمومی) عمل لیزیک لازیک ،PRK ، رفع عیوب انکساری چشم، سپتورینوپلاست، آندوسکوپی سینوس

صدور معرفینامه بلفارو پلاستی (لزوم هماهنگی ۱۵ روز پیش ازعمل با بیمه البرز)

صدور معرفینامه بای پس معده، اسلیو معده (۱۵ روز پیش از عمل با بیمه البرز) مراجعه به بیمه گر اول و دریافت تاییدیه پزشکی، دریافت می BMI (شاخص توده حجمی بدن) مراجعه به پزشک معتمد

ارائه سونوگرافی پیش از عمل جهت فتق، هرنی وهرنیا الزامی است

ارائه کپی مکتوب MRI یا رادیولوژی و یا سی تی اسکن پیش از عمل جهت جراحی های ACI زانو، رباط صلیبی، دیسک و جراحی های مربوط به ستون فقرات، سپتوپلاستی و انحراف بینی الزامی است.

جهت پرداخت خسارت به فرزندان (تحت تکفل) دریافت موارد ذیل الزامی است: فرزند مونث ۱۸ سال به بالا: ارائه کپی تمام صفحات شناسنامه برابر با اصل، کپی دفترچه بیمه پایه معتبر

فرزند مذکر ۲۲تا ۲۵ سال: اصل گواهی اشتغال به تحصیل معتبر، کپی دفترچه بیمه پایه معتبر

**** در موارد مربوط به ام آرآی و اسکن، نیازی به ارائه عکس نمی باشد صرفاً گزارش ام آرآی و اسکن کفایت می نماید.

**** بابت خدمات رادیولوژی و انواع گرافی حتماً عکس رادیولوژی ضمیمه مدارک باشد.

**** برداشتن هر گونه زگیل و خال درصورت نداشتن جواب پاتولوژی، زیبایی محسوب شده و غیر قابل پرداخت میباشد.

**** جهت انجام اعمال مربوط به عیوب انکساری چشم، تأییدیه قبل از عمل الزامیست. جهت تأییدیه این اعمال نیاز به جواب میدان بینایی یا نمره چشم یا پری متری می باشد.

***** با توجه به اعتبار ۴۸ ساعته هر معرفی نامه مراجعه به شرکت بیمه البرز جهت صدور از ۴۸ساعت قبل صورت گیرد.**

***** امکان پرداخت فاکتور و صورتحساب با پرینت رنگی و یا کپی برابر اصل و یا المثنی، چاپ دوم، چاپ مجدد و یا فاقد مهر و دارای قلم خوردگی و مخدوش به هیچ عنوان میسر نمی باشد.**

***** هزینه های چکاپ سالانه، آزمایشات طب کار، بررسی اعتیاد و عدم سوء پیشینه، آزمایشات پیش از ازدواج، مشاوره تحصیلی، تست هوش، و واکسن غیرقابل پرداخت است.**

***** مدارک درمانی ارائه شده (اعم از بیمارستانی، پاراکلینیکی، عکس، سی دی، تجهیزات پزشکی و...) پس از پرداخت مبلغ خسارت به هیچ عنوان قابل برگشت نمی باشد.**

*****لیست دقیق وجامع مدارک مورد نیاز برای هر نوع خدمت بیمه ای درشیوه نامه اعلام گردیده و این فرم خلاصه ای از تعهداتی می باشد که بیشترین استفاده را دارد.**

***** درصورت استفاده نکردن بیمه شده از بیمه پایه، ابتدا پرونده بیمارستانی جهت دریافت هزینه های پرداختی توسط بیمه پایه، به کارگزاری های تأمین اجتماعی یا خدمات درمانی تحویل گردد و پس از دریافت هزینه، فیش دریافتی به همراه یک نسخه پرونده (کپی برابر اصل شده توسط کارگزاری تأمین اجتماعی و خدمات درمانی) جهت پرداخت به بیمه البرز تحویل گردد.**

مهلت تحویل کلیه مدارک خسارت جهت دریافت هزینه ها اعم از مدارک بیمارستانی، پاراکلینیکی و دیگر مدارک، **در طول مدت قرارداد حداکثر تا دو ماه پس از وقوع خسارت** و در صورت اتمام قرارداد حداکثر یک ماه می باشد.

بدیهی است در صورت تکمیل نبودن مدارک و عدم مراجعه در بازه ی تاریخی مشخص شده، مدارک از سوی بیمه گر (بیمه تکمیلی البرز) قابل قبول نیست و مسئولیت این امر به عهده بیمه شده می باشد.

با آرزوی سلامتی بیمه شدگان محترم

شرکت بهین پوشش البرز