یا من اسمه دواء و ذکره شفاء

بیمه کارآفرین

شیوه نامه اجرائی

بیمه نامه درمان گروهی

شرکت ملی خدماتی تدارک

شرکت ملی خدماتی تدارک
Melli Khadamati Tadarock Co.

۱۴۰۵-۱۴۰۶

الف) بخش صدور معرفی نامه (پاراکلینیکی – بستری) ۱
۱-الف) نحوه اخذ معرفی نامه و استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد : ۱
ب) بخش بستری ۴
۱-ب) نحوه ارسال صورتحسابهای بستری مراکز درمانی غیر طرف قرارداد (آزاد) توسط بیمه شدگان ۴
۲-ب) ضوابط پرداخت صورتحسابها (هزینه های بستری) ۴
۳-ب) سایر شرایط و مقررات در بخش بستری ۵
ج) بخش سرپایی و پاراکلینیکی ۶
۱-ج) مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های تشخیصی (پاراکلینیکی) ۷
۲-ج) ضوابط پرداخت هزینه های تشخیصی (پاراکلینیکی) ۷-۸
د) بخش دندانپزشکی ۱۱
۱-د) نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد: ۱۱
۲-د) ضوابط پرداخت هزینه های دندانپزشکی غیر طرف قرارداد (آزاد): ۱۱
۳-د) مدارک لازم جهت پرداخت انواع خدمات دندانپزشکی : ۱۱
۴-د) دندانپزشکی تحت بیهوشی ۱۳
۵-د) استثنائات در ارائه رادیوگرافی دندان ۱۳
۶-د) تعریف انواع گرافی در دندانپزشکی ۱۴
ه) مقررات آیین نامه ای ۱۵
و) نحوه ثبت در سامانه اپ سیناد ۱۵
ی) متن جدول تعهدات ---------- ۱۶-۱۷-۱۸

الف) بخش صدور معرفی نامه (پاراکلینیکی – بستری)

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

با توجه به راه اندازی صدور معرفی نامه اینترنتی در اکثر مراکز پاراکلینیکی و بیمارستانهای طرف قرارداد ، بیمه شدگان می توانند پس از مراجعه به سایت بیمه کارآفرین به نشانی **https://www.karafarin-insurance.ir** 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 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 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

توجه: با عنایت به انعقاد قرارداد با مراکز درمانی در سراسر کشور بر اساس لیست درج شده در سایت ، 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 کارآفرین به نشانی اینترنتی ذیل با انتخاب نام استان و نوع مرکز درمانی قابل دسترسی می باشد :

www.karafarin-insurance.ir

۱-۱-الف) موارد ضروری اخذ نظر پزشک معتمد:

در زمان صدور معرفینامه، بررسی جنبه زیبایی ، درمانی و یاغیردرمانی انواع جراحی های ذیل توسط پزشک معتمد بیمه گر ضروری می باشد.

مدارک مورد نیاز جهت اظهار نظرتوسط پزشک معتمد به تفکیک نوع جراحی :

- **جراحی فتق نافی / جراحی فتق جدار شکم .**

  گزارش سونوگرافی قبل از عمل جراحی الزامی می باشد.

- **جراحی واریس پا / لیزر واریس پا .**

  گزارش سونوگرافی قبل از عمل جراحی الزامی می باشد.

- **انواع جراحی بینی (سپتوپلاستی و ...)** گزارش رادیوگرافی و سی تی اسکن قبل از عمل الزامی می باشد.

- **انواع جراحی پستان شامل (ماموپلاستی (کوچک کردن پستان) ، ژینکوماستی (بزرگی پستان در مردان) و...)** گزارش پاتولوژی ، ماموگرافی و سی تی اسکن قبل از عمل جراحی الزامی می باشد.

- **پیوند پوست / گرافت پوستی :** گزارش پاتولوژی قبل از عمل جراحی الزامی می باشد. (بررسی در خصوص وسعت پیوند پوست)

- **جراحی پلک شامل بلفاروپلاستی (ترمیم افتادگی پلک) ، بلفاروپتوز (افتادگی پلک)** . گزارش بینایی سنجی قبل از عمل، پریمتری یا تعیین بینایی قبل از عمل جراحی الزامی می باشد.

  بلفاروپلاستی پلک تحتانی و پتوز پلک فوقانی و تحتانی خارج از تعهد می باشد.

- **کورتاژ تخلیه / سقط :** گزارش سونوگرافی و آزمایشات بارداری (جهت احراز قانونی بودن نوع عمل / بدون نیاز به معاینه بیمار)

- **جراحی فک:** صدور معرفی نامه جراحی فک صرفاً در صورت وجود تومور یا بروز حادثه و با تائید پزشک معتمد بیمه گر امکان پذیر می باشد.

- **جراحی بای پس معده (کاهش حجم معده) / اسلیو معده (برداشتن بخشی از معده)** صدور معرفی نامه بابت این عمل ، صرفاً پس از تایید بیمه گر پایه و اندازه گیری قد و وزن بیمار توسط پزشک معتمد و حصول اطمینان از چاقی مفرط بیمار و BMI ≥ ۴۰ (شاخص توده بدنی) بیمار ، امکان پذیر است و در سایر موارد نیز می بایست ، مطابق معیارهای لازم در شیوه نامه پرداخت خسارت (بررسی دیابت و ...) اقدام گردد .

  توجه : بابت انجام اعمال جراحی چاقی مفرط ،بیمه شدگانی که دارای بیمه گر پایه می باشند، ابتدا می بایست تاییدیه پزشک معتمد بیمه پایه را اخذ نمایند.

۲-۱-الف) استثنائات صدور معرفی نامه (عدم امکان صدور معرفی نامه):

در برخی از بیماریها و جراحی ها به شرح ذیل، امکان صدور معرفی نامه وجود ندارد. لذا بیمه شده می بایست پس از انجام هزینه نسبت به ارسال صورتحساب به شرکت بیمه گر اقدام نماید. لذا پس از بررسی مدارک و اظهار نظر توسط پزشک معتمد ، مطابق شرایط بیمه نامه اتخاذ تصمیم خواهد شد.

- **تزریق بلوک های عصبی:** امکان صدور معرفی نامه (سرپایی - بستری) جهت انجام بلوک های عصبی وجود ندارد؛ لذا بیمه شده می بایست این اقدام را به صورت آزاد (بدون استفاده از معرفی نامه) انجام دهد.

توجه: بلوک های ع صبی تحت فلورو سکوپ با ماده حاجب، کنار ع صب انجام می پذیرد. پز شک معتمد پس از برر سی کلیه مدارک پزشکی و مستندات لازم نسبت به تعیین کد اقدام خواهد نمود .

- **جراحی دیا ستازیس شکمی (آبدومینوپلا ستی/ بردا شتن چربی های زائد شکمی):** با توجه به اینکه اقدام صـرفاً جنبه زیبایی دارد ، لذا صـدور معرفی نامه امکان پذیر نمی باشـد ؛ لیکن در موارد خاص و در صـورت احراز جنبه درمانی توسـط پزشـک 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 .
- **برداشتن انواع ضایعات پوستی** : معاینه توسط پزشک معتمد قبل از اقدام ، اندازه ابعاد ضایعه،تعداد ضایعه ،محل و اعلام نوع مکانیزم برداشت که می بایست در صورتحساب توسط پزشک قید شود .در صورت نیاز ارائه پاتولوژی بعد از برداشتن ضایعه ضروری می باشد.
- **اسپوندیلولیستزیس** : گزارش MRIمهره های کمری ستون فقرات
- **ناهنجاری مادرزادی**: اقدامات پاراکلینیکی مربوط به نوع عمل و علت انجام جراحی توسط پزشک
- **بستری طولانی مدت بیش از ۱۰ روز** :۱-ارائه دستور بستری و علت ادامه بستری توسط پزشک معالج ۲-سیر بیماری ۳روز آخر بستری ۳-دستور پزشکان معالج ۳روز آخر بستری ۴-شرح حال اولیه بدو ورود بیماربه بیمارستان

۳-۱-الف) نکات قابل توجه در صدور معرفی نامه در برخی از بیماریها و جراحیها :

- **لیزرتراپی:** نظر به اینکه لیزرتراپی ، صرفاً جنبه سرپایی دارد ، لذا صدور معرفی نامه از محل سقف تعهدات بستری امکان پذیر نمی باشـد. و می بایسـت مراتب توسـط پزشـک معتمد با / یا بدون معاینه بیمار ، پس از بررسـی گزارش آزمایش و پاتولوژی و... و همچنین اظهار نظر درخصوص 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 سرپائی دارد ، لذا صدور معرفی نامه بستری منوط به ارائه گواهی پزشک معالج دال بر لزوم بستری و مشروط به تائید 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 .
- **جراحی دیسک به روش لیزری یا امواج رادیوفرکوئنسی (RF) :** صدور معرفی نامه جهت 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 ، می توان نسبت به صدور معرفی نامه ، وفق شرایط بیمه نامه اقدام نمود .

توجه: جهت تعیین میزان دیوپتر عیوب انکساری می بایست درجه نزدیک بینی ، دوربینی ، آستیگماتیسم و یا مجموع قدر مطلق درجه دوربینی یا نزدیک بینی ، مطابق میزان دیوپتر مندرج در تعهدات بیمه نامه، ملاک عمل قرار گیرد.

ب) بخش بستری

۱-ب) 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 ا ستفاده ننمایند، می بایست پس از تسویه حساب با مرکز درمانی مربوطه ، نسبت به ارائه کلیه مدارک پزشکی تا ۳ ماه پس از تاریخ هزینه درمانی در طول قرارداد وحداکثر ۳ماه پس از پایان قرارداد به بیمه گر اقدام نمایند.

۱-۱-ب) اصل صورتحساب بیمارستان و پزشکان ممهور به مهر بیمارستان

۱-۲-ب) گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری

۱-۳-ب) در صورت انجام جراحی، گواهی پزشک جراح ، کمک جراح ، بیهوشی و ...

۱-۴-ب) ریز صورتحساب آزمایش ، رادیولوژی ، سونوگرافی ، ام آرآی ، اکو ، اسکن و... به همراه گزارشات اقدامات مذکور

۱-۵-ب) 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 مرکز فروش تجهیزات ،بیمارستان ، اتاق عمل و پزشک معالج الزامی می باشد.

۱-۶-ب) در صورت انجام فیزیوتراپی ،ارائه گواهی تعداد جلسات ، تاریخ انجام آنها و اقدامات انجام شده در هر جلسه ضروری است.

۱-۷-ب) در صورت انجام جراحی D&C (کورتاژ)، ارائه سونوگرافی قبل از جراحی الزامی می باشد.

۱-۸-ب) در صورت انجام جراحی سپتوپلاستی، ارائه گزارش سی تی اسکن قبل از جراحی الزامی می باشد.

۱-۹-ب) تصویر شرح عمل ، خلاصه وضعیت بیمار و سیر بیماری و برگ بیهوشی (در صورت انجام جراحی)

۱-۱۰-ب) سایر مدارک پزشکی مربوطه مندرج در صورتحساب (ارائه جوابیه پاتولوژی و...)

۱-۱۱-ب) در صورت خرید پروتز (وسایل وتجهیزات پزشکی) ارائه اصل فاکتور خرید معتبر (دارای شماره اقتصادی) ممهور به مهر پزشک جراح و بیمارستان

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

۲-۱-ب) ملاک عمل درپرداخت هزینه های بستری،ارائه اصل کلیه مدارک توسط بیمه شده می باشد؛ لذا درصورت ارائه فاکتورالمثنی یا تصویرمدارک، اسناد مربوطه عیناً عودت می گردد.

۲-۲-ب) درج مهر درگواهی پزشکان، گواهی ویزیت و گواهی مشاوره و سایر اسناد مربوطه الزامی می باشد.

۲-۳-ب) درخصوص بیمه شدگانی که دارای پوشش بیمه پایه درمان می باشند ، بیمه شده موظف است پس از دریافت خسارت از بیمه گر تکمیلی ، نسبت به پیگیری و دریافت سهم تعهدات بیمه پایه اقدام نماید. (در صورت انصراف از سهم بیمه پایه فرم پیوست تکمیل و همراه مدارک درمانی ارسال گردد .)

۲-۴-ب) در صورت مخدوش بودن نام و نام خانوادگی بیمه شده و تاریخ بستری در صورتحساب و یا سایر مدارک ارسالی ، اسناد مذکور می‌بایست مجدداً توسط مرکز درمانی مربوطه تصحیح و ممهور گردد.

۲-۵-ب) 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-ب) درصورت 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-ب) حق تحقیق و بررسی در خصوص چگونگی درمان بیمه شده و بررسی مدارک پزشکی برای بیمه گر محفوظ می باشد.

۸-۲-ب)در صورت مراجعه بیمه شدگان به مراکز درمانی طرف قرارداد هزینه ما به تفاوت تعرفه خارج از تعهد می باشد و شرط ۲ برابری تعرفه برای مراکز درمانی طرف قرارداد قابل اجرا نمی باشد.

۳-ب) سایر شرایط و مقررات در بخش بستری

۱-۳-ب) 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 کسرکسورات قطعی از جمله فرانشیز ، مابه التفاوت تخت خصوصی و ...) انجام می پذیرد.

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

۲-۳-ب) فرانشیز بیمه نامه (تعهدات بستری - بیمارستانی):

در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر اول، فرانشیز بیمه نامه معادل ده درصد مندرج در شرایط بیمه نامه لحاظ می گردد.

۳-۳-ب) هزینه تخت همراه: هزینه تخت همراه برای بیماران کمتر از ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال با تجویز پزشک معالج و تایید پزشک معتمد قابل پرداخت می باشد.

۴-۳-ب) هزینه های اتاق خ صو صی: 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.

۵-۳-ب) هزینه های عیوب مادرزادی: صورتحسابهای مربوط به عیوب مادرزادی در صورت تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه‌گر (بررسی جنبه درمانی)، قابل محاسبه و پرداخت می باشد .

۶-۳-ب) هزینه جراحی فک: هزینه های بستری جراحی فک صرفاً به علت وجود تومور یا وقوع حادثه تحت پوشش بیمه نامه ، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۷-۳-ب) هزینه‌های مربوط به درمان نازایی و ناباروری: هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری (شامل IUI، ZIFT ، GIFT ، IVF ، ITSC و میکروانجکشن)، پس از اخذ مدارک مثبته برای هریک از زوجین مطابق صورتحساب قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (شناسنامه زوجین و گواهی بیمه گر پایه جهت تشکیل پرونده به همراه مدارک درمانی ارائه گردد.)

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

هزینه داروهای نازایی از محل تعهدات نازایی قابل محاسبه می باشد.

۸-۳-ب) هزینه آمبولانس (درون شهری و برون شهری): هزینه خدمات آمبولانس صرفا در موارد اورژانسی و ضروری ، با تشخیص پزشک و در صورتی قابل پرداخت خواهد بود که انتقال بیمه شده مستقیما منجر به بستری وی در بیمارستان یا مرکز درمانی گردد. پرداخت هزینه مذکور منوط به ارائه مستندات معتبر انتقال و بستری و احراز ضرورت پزشکی آن توسط بیمه گر بوده و هزینه آمبولانس در مواردی که انتقال منجر به بستری بیمه شده نگردد، از تعهدات بیمه گر خارج خواهد بود .

۹-۳-ب) 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(ده درصد) مندرج در بیمه نامه قابل محاسبه و پرداخت می باشد. به عبارتی درجه نزدیک بینی، دوربینی ، آستیگمات و یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزیک بینی یا دوربینی به علاوه آستیگمات)، مطابق میزان دیوپتر مندرج در تعهدات بیمه نامه (۳ دیوپتر و بیشتر) ملاک عمل خواهد بود.

۱۰-۳-ب) هزینه‌های 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 کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورتحسابهای آنان را تایید کند، تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هر یک از شرایط فوق، هزینه های انجام شده برابر بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می گردد.

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 هزینه‌ی درمانی در خارج از کشور، می‌بایست اصل مدارک درمانی منضم به ترجمه آن، جهت بررسی و پرداخت به بیمه گر تحویل گردد.

ج) بخش سرپایی و پاراکلینیکی

کلیه هزینه های سرپایی شامل رادیولوژی، ام آر آی و... سایر موارد مندرج در بیمه نامه، حداکثر تا **۲** برابر و هزینه اعمال مجاز سرپایی تا **۲,۵** برابر بیشتر از تعرفه وزارت بهداشت ، درمان وآموزش پزشکی قابل پرداخت می باشد.

پرداخت کلیه هزینه های پاراکلینیکی که در سامانه سیناد بارگذاری شده است توسط شرکت بیمه کارآفرین بدون تحویل مدارک انجام خواهد شد.(پرداخت هزینه عینک ،دندانپزشکی، فیزیوتراپی ،کاردرمانی و گفتاردرمانی منوط به ارائه اصل فیزیک اسناد می باشد.)

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

۱- ارائه دستورپزشک (به استثناء نسخ الکترونیک) یا ارائه تصویر جوابیه(گزارش کتبی) با درج نام پزشک معالج

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

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

۱-۲-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.

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

۳-۲-ج) در صورت مخدوش بودن نسخ ارسالی اعم از لاک گرفتگی، خط خوردگی (شامل نام و نام خانوادگی، تاریخ نسخه و...) مدارک مذکور می‌بایست توسط پزشک یا مرکز درمانی مربوطه تصحیح و مجدداً ممهور به مهرگردد.

۴-۲-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.

۵-۲-ج) در صورت مراجعه بیمه شدگان به مراکز درمانی طرف قرارداد هزینه ما به تفاوت تعرفه خارج از تعهد می باشد و شرط ۲ برابری تعرفه برای مراکز درمانی طرف قرارداد قابل اجرا نمی باشد.

۳-ج) توضیحات موردی در بخش نسخ سرپائی – پاراکلینیکی

۱-۳-ج) رادیولوژی – سونوگرافی – اسکن – ام آر آی – انواع آندوسکوپی (اقدامات آندوسکوپیک) و سایر موارد پاراکلینیکی:

مدارک لازم جهت پرداخت سایر هزینه های پاراکلینیکی:

۱- ارائه دستور پزشک معالج (به استثنا نسخ الکترونیک) یا ارائه تصویر جوابیه

۲- ارائه فاکتور، ممهور به مهر مرکز مربوطه

۲-۳-ج) فیزیوتراپی، گفتار درمانی و کاردرمانی:

ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های (فیزیوتراپی – گفتار درمانی – کاردرمانی):

۱- ارائه دستور پزشک معالج مرتبط مبنی بر ذکر تعداد جلسات مورد نیازجهت انجام خدمات فیزیوتراپی و...

۲- ارائه فاکتور (گواهی پرداخت) ممهور به مهر مرکز مربوطه با درج تعداد جلسات و تاریخ های مراجعه بیمه شده

توجه۱: پرداخت هزینه های فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی، بیش از تعداد ۱۰ جل سه، منوط به ارائه سوابق پز شکی 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.

درخواست فیزیوتراپی توسط پزشکان عمومی(صرفا ده جلسه)، متخصص و یا فوق تخصص های مربوطه مانند ارتوپد و متخصص مغز و اعصاب قابل قبول است.

هزینه فیزیوتراپی بر اساس درخواست پزشک معالج می باشد و فیزیوتراپیست حق دخل و تصرف در نسخه پزشک معالج را ندارند .

فیزیوتراپی با تجویز پزشک عمومی تا ۱۰ جلسه یک اندام و با تجویز پزشک متخصص مربوطه تا ۱۰ جلسه دو اندام قابل رسیدگی است.

بیش از تعداد جلسات یا اندامهای مذکور در صورت درخواست توسط پزشک متخصص و تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت است.

در صورت تکرار فیزیوتراپی و درخواست مجدد برای فیزیوتراپی حتی یک اندام ، ارائه مستندات پزشکی الزامی می باشد.

حداکثر اعضاء قابل پرداخت برای نسخ فیزیوتراپی توسط پزشک متخصص دو عضو می باشد .

در صورت عدم درج تعداد جلسات تنها یک جلسه فیزیوتراپی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

حداکثر جلسات بابت کایروپرکتیک ۱۰ جلسه می باشد.

کاردرمانی و گفتار درمانی حداکثر ۱۰جلسه برای هر خدمت قابل پرداخت است.

بازی درمانی و رفتار درمانی خارج از تعهد می باشد.

۳-۳-ج) هزینه ویزیت (سرپائی)

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

ویزیت بیماران در مطب یا کلینیکها توسط گروه های درمانی شامل پزشکان عمومی ، پزشکان متخصص، پزشکان فوق تخصص، کارشناسان مامایی، تغذیه، اپتومتری.

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

توجه ۲: در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر اول، پرداخت ویزیت مشمول کسر فرانشیز بیمه نامه (ده درصد)خواهد بود.

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

توجه ۴: هزینه اضافی جهت ویزیت در منزل با تشخیص پزشک معتمد بیمه گر قابل محاسبه می باشد.

توجه ۵: در صورتیکه تجویز کننده ، ارائه دهنده خدمت خود پزشک باشد،ویزیت خدمت مربوطه مورد تائید نمی باشد.

توجه ۶: ویزیت پزشک آنلاین ، ویزیت کایروپرکتیک قابل محاسبه نمی باشد.

توجه ۷:م شاوره پز شکی همزمان با ویزیت پز شکی در یک نوبت همزمان غیر قابل پرداخت می با شد و منظور از م شاوره پز شکی، روان شناسی و روان پزشکی نمی باشد.

توجه ۸: ویزیت کارشناس تغذیه در صورتی که جنبه درمانی داشته باشد با ارائه نسخه داروئی و آزمایش مربوط به بیماری قابل رسیدگی است. (ویزیت و مشاوره مربوط به رژیم درمانی تحت پوشش نمی باشد)

توجه ۹: ویزیت پزشک قانونی تحت پوشش نمی باشد.

توجه ۱۰: پرداخت هزینه ویزیت با قبض صندوق مراکز درمانی با مهر مرکز به شرط درج تخصص پزشک بلامانع است.

۱-۳-۳-ج) تعرفه ویزیت (سرپائی)

پرداخت هزینه ویزیت پزشکان عمومی/ متخصص/ فوق تخصص و...، حداکثر تا **۲**برابر بیشتر از تعرفه جاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش خصوصی، نهاد عمومی غیر دولتی، خیریه و بخش دولتی خواهد بود.

۴-۳-ج)هزینه اورژانس

در موارد مراجعه به اورژانس ، بیمه شده موظف است به منظور رسیدگی و پرداخت هزینه های درمانی ، مدارک و مستندات مربوطه از جمله صورتحساب و ریز صورتحساب هزینه های درمانی، گزارش و خلاصه پرونده اورژانس،فرم تریاژ اورژانس و مستندات تشخیصی و درمانی مرتبط ارائه نماید.

۵-۳-ج) عینک

ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های عینک:

۱- ارائه دستور پزشک متخصص یا اپتومتریست مستقر در مراکز درمانی کلینیک های مرتبط با چشم

۲- ارائه اصل فاکتور پرداختی ، ممهور به مهر عینک سازی

توجه: هزینه عینک هر دو سال یکبار قابل پرداخت می باشد.

در صورت نیاز به تهیه عینک بیمه شده می تواند عینک را از مراکز درمانی طرف قرارداد با شرکت بیمه کارآفرین تهیه نمائید.

۶-۳-ج) انواع آزمایش

هزینه آزمایش های تشخیص پزشکی- آزمایش های ژنتیک جنین – مارکرهای جنینی – پاتولوژی (آسیب شناسی)

ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های آزمایش:

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

۲- ارائه اصل قبض پرداختی، ممهور به مهر آزمایشگاه

توجه ۱: هزینه آزمایش ژنتیک با ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر لزوم آزمایش وتصویر جوابیه آزمایش ، پس از تائید پزشک معتمد بیمه گرقابل پرداخت است.

توجه ۲: هزینه آزمایش غربالگری تشخیص ناهنجاری های جنین با ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر لزوم آزمایش وتصویر جوابیه آزمایش ، پس از تائید پزشک معتمد بیمه گرقابل پرداخت است.

توجه ۳: خدمات مربوط به چکاپ های گروهی و طب کار، آزمایشات پیش از ازدواج، اعتیاد غیر قابل پرداخت می باشد.

توجه ۴: آزمایش به روش ECL خارج از تعهد می باشد.

۷-۳-ج) هزینه نسخ دارویی

۱-۷-۳-ج) ضوابط پرداخت هزینه نسخ دارویی

در صورت درج دستور دارویی در سربرگ پزشک معالج و یا در نسخ دفترچه درمانی (هزینه آزاد) 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

توجه ۱: در صورتی که نسخه الکترونیک باشد ، ارائه پرینت نسخه الکترونیک بیمه شده از سامانه نسخه الکترونیک ممهور به مهر داروخانه با درج مشخصات بیمه شده و سهم بیمه گر اول الزامی می باشد.

توجه ۲:در صورتیکه بیمه شده راسا" هزینه دارویی را پرداخت نموده باشد، ارسال اصل نسخه ممهور به مهر پزشک معالج ، مهرداروخانه ودرج مبلغ دارو الزامی است.

توجه۳:کلیه داروهای تعیین و تایید شده در این لیست که به ادرس http://irc.fda.gov.ir در دسترس می باشد، به عنوان فهرست دارویی مجاز کشور قرار دارد که کلیه داروهای این فهرست تحت پوشش تعهدات دارویی آیین نامه ۹۹ درمان بیمه مرکزی می باشد.

۲-۷-۳-ج) ملاک پرداخت هزینه نسخ دارویی

هزینه نسخ دارویی، بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور و نرخ رسمی داروها، طبق تعهدات مندرج در شرایط قرارداد قابل بررسی و پرداخت می باشد.

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

توجه ۲: استثنائات، داروهای مربوط به رژیم درمانی (کاهش و افزایش وزن)، داروهای تقویت کننده قوای جنسی، مکمل ورزشی، تقویت حافظه، لوازم آرایشی و بهداشتی کرم ها و محلول هایی که کاربرد زیبایی دارند و سایر موارد مشابه در تعهد بیمه کارآفرین نمی باشند.

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

توجه ۴: پرداخت حق فنی و عناوین مشابه داروخانه بر عهده بیمار می باشد.

توجه ۵: داروهای خارجی و مکمل و گیاهی با تجویز پزشک متخصص مرتبط قابل پرداخت می باشد.

توجه ۶: داروهای خارج از فارماکوپه (قاچاق یا چمدانی) خارج از تعهد شرکت بیمه می باشد.

۱-۲-۷-۳-ج) داروهای ایرانی

هزینه داروهای ایرانی که جنبه درمانی داشته و در فهرست داروهای مجاز کشور ایران ، صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول باشد، با ارائه دستور پزشک و ارائه سند پرداخت هزینه، ممهور به مهر داروخانه قابل پرداخت می باشد.

۲-۲-۷-۳-ج) داروی پوستی

داروهای پوستی که صرفا جنبه درمانی داشته باشند با تجویز پزشک متخصص در تعهد می باشد. کرم های ترمیم کننده و آبرسان و سایر موارد مشابه خارج از تعهد می باشد.

۳-۲-۷-۳-ج) داروهای خوراکی بیماران خاص و صعب العلاج

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

۴-۲-۷-۳-ج) 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) از محل سقف تعهدات اعمال جراحی خاص قابل پرداخت می باشد.

۵-۲-۷-۳-ج) داروی درمان نازایی ونابارروری

درصورت تجویز داروی نازایی و ناباروری توسط پزشک متخصص مرتبط ، با بررسی سوابق پزشکی بیمه شده ، از محل سقف تعهدات نازائی و ناباروری قابل پرداخت می باشد. (تصویر از تمامی صفحات شناسنامه زوجین و گواهی بیمه گر پایه جهت تشکیل پرونده به همراه مدارک درمانی ارائه گردد.)

۸-۳-ج) هزینه های اروتز و پروتز

۱-۸-۳-ج) تعریف اروتز و پروتز

اروتز: به کلیه وسایل کمکی (لوازم کمک توانبخشی) اطلاق می گردد که جهت جلوگیری و تصحیح بدشکلی ها و دفرمیتی یا نگهداری وتثبیت قسمتهای مختلف بدن به موازات آنها به کار می روند؛ مانند بریس های طبی ،کفش طبی

۲-۸-۳-ج) ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه اروتز

۱- ارائه دستور پزشک متخصص مرتبط

۲- ارائه مدارک و مستندات پزشکی مبنی بر لزوم استفاده از اروتز

۳- فاکتور خرید از مراکز معتبر، ممهور به مهر مرکز مربوطه

۴- تائید پزشک معتمد بیمه گر

توجه: هزینه خرید اروتز به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد، قابل پرداخت می باشد.

۹-۳-ج) سمعک

۱-۹-۳-ج) 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 ذیل قابل پرداخت می باشد.

۲-۹-۳-ج) مدارک لازم جهت 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)

۴- تصویرکارت گارانتی سمعک (درج تاریخ اعتبار)

۵- تائید پزشک معتمد

تبصره ۱ : هزینه باتری سمعک و تعمیرات آن قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۲ : فاکتور دارای کد اقتصادی معتبر وشناسه ملی شرکت فروشنده باشد .

تبصره ۳:مشخصات فاکتور فروش :

۱- فاکتورفروش می بایست بصورت چاپی باشد به عبارتی اطلاعات فاکتور بصورت دستی در فاکتور درج نگردد.

۲- فاکتور دارای کداقتصادی معتبر شرکت فروش باشد.

۱۰-۳-ج) طب سوزنی ، حجامت و فصدخون

هزینه های مربوط به طب سوزنی ، حجامت و فصد خون خارج از تعهد می باشد.

۱۰-۳-ج) سایر شرایط و مقررات در بخش پاراکلینیکی

۱-۱۰-۳-ج) هزینه های تزریق داخل مفاصل، سرم تراپی ، شستشوی گوش و ...

سایر هزینه های پاراکلینیکی از جمله تزریق داخل مفصل، کایروپراکتیک ، سرم تراپی، شستشوی گوش ، تزریقات وریدی و کلیه خدمات درمانی که کد آن در کتاب ارزش نسبی خدمات موجود است به جز اعمال زیبایی مطابق تعرفه وزارت بهداشت ودرمان وآموزش پزشکی قابل رسیدگی وپرداخت می باشد.

توجه: کلیه هزینه هایی که جنبه تحقیقاتی دارد و فاقد کد ملی در کتاب ارزش نسبی خدمات می باشد، مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی غیر قابل پرداخت می باشد.

د) بخش دندانپزشکی

به منظور رفاه حال بیمه شدگان محترم، پی شنهاد می گردد متقا ضیان ا ستفاده از خدمات دندانپز شکی، ترجیحاً از مراکز دندانپز شکی طرف قرارداد بیمه کارآفرین(مطب ها وکلینیک های دندانپزشکی) استفاده نمایند؛ لکن چنانچه بیمه شده به هردلیلی به مطب ها ومراکز غیرطرف قرارداد مراجعه نماید، پرداخت کلیه هزینه خدمات دندانپزشکی اعم از کشیدن ، جرم گیری و بروساژ ، ترمیم و پرکردن ، درمان ریشه ، روکش، دندان مصنوعی و ایمپلنت و سایر خدمات درمانی دندانپز شکی (با ستثنای موارد زیبایی) قابل برر سی و پرداخت خواهد بود.

۱-د) نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد:

درصورتیکه 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 دندانپز شکی با **تعرفه ابلاغی سندیکای دندانپز شکان ایران** حداکثر تا سقف جداول تعهدات بیمه نامه با لحاظ فرانشیز مندرج در شرایط بیمه نامه محاسبه و پرداخت می گردد.

۲-۲-د) در صورت انجام خدمات دندانپزشکی خاص و یا غیر متعارف، معاینه بیمار قبل و یا بعد از اقدامات دندانپزشکی (بصورت موردی) توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر ضروری می باشد.

۳-۲-د) در صورت مراجعه بیمه شدگان به مراکز درمانی طرف قرارداد هزینه ما به التفاوت تعرفه خارج از تعهد می باشد.

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

۱-۳-د) ترمیم دندان (پُر 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.

توجه: تاریخ گرافی های تشخیصی می بایست در بازه زمانی قرارداد باشد همچنین در صورت بارگذاری صحیح گرافی ها در سامانه نیازی به تحویل اصل گرافی ها نمی باشد .

۲-۳-د) درمان ریشه (عصب کشی)

با توجه به اینکه دندانپزشک معالج، جهت انجام درمان ریشه می بایست نسبت به تهیه رادیوگرافی پری اپیکال قبل و بعد از انجام کار اقدام نماید، لذا به منظور محاسبه تعداد کانال های درمان شده ریشه دندان ، ارسال رادیوگرافی های پری اپیکال قبل و بعد از انجام کار ضروریست.در غیر اینصورت تعداد کانالهای درمان ریشه دندانها معادل یک کانال محاسبه وپرداخت می شود.

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

جهت پرداخت هزینه های درمان بیماریهای لثه و جراحی دندان نهفته ارائه گرافی قبل درمان الزامیست.

توجه: تاریخ گرافی های تشخیصی می بایست در بازه زمانی قرارداد باشد .

۴-۳-د) جرم گیری و بروساژ

پرداخت هزینه جرمگیری و بروساژ هر ۳۶۵ روز یکبار امکان پذیر می باشد،در صورت نیاز به جرم گیری بیش از یکبار در سال ارائه تائیدیه دندانپزشک متخصص پریو ضروری می باشد.

۵-۳-د) روکش دندان

جهت پرداخت هزینه روکش دندان ها ،در موارد بیش از یک واحد ، ارائه opg قبل و گرافی بعد از درمان الزامیست .

توجه: تاریخ گرافی های تشخیصی می بایست در بازه زمانی قرارداد باشد .

۵-۳-د) درمان ایمپلنت

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

جهت پرداخت هزینه درمان ایمپلنت ، ارائه اسکن O.P.G قبل از شروع کار و رادیوگرافی بعد از انجام کار الزامی می باشد.

توجه۱: جهت پرداخت هزینه ایمپلنت، الزاماً هر مرحله از انجام درمان و رادیوگرافی های مربوطه می بایست در مدت زمان اعتبار بیمه نامه باشد .

توجه۲: در صورتی که پودر استخوان یا سینوس لیفت انجام داده شده باشد ارائه cbct قبل از درمان الزامی است.

توجه ۳: انجام همزمان خدمات سینوس لیفت و پودر استخوان مشمول پرداخت تعهدات نخواهد شد.

توجه: تاریخ گرافی های تشخیصی می بایست در بازه زمانی قرارداد باشد .

۲-۵-۳-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

۶-۳-د) درمان ارتودنسی

پرداخت هزینه های ارتودنسی مشروط به خاتمه انجام کار یا بخشی از درمان در طول مدت اعتبار بیمه نامه جاری می باشد .

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

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

۲- قید اقساط پرداختی در نسخه(گواهی اقساط پرداختی به پزشک) (حداکثر مبلغ قابل پرداخت تا سقف ۵۰ درصد تعرفه ارتودنسی می باشد.)

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- هزینه درمان با الاینر شفاف ، معادل تعرفه ارتودنسی سکشنال محاسبه خواهد شد.

توجه: پرداخت هزینه ارتودنسی صرفا با تایید شرکت بیمه گر می باشد.

۲-۶-۳-د) نحوه پرداخت هزینه درمان ارتودنسی :

هزینه های ارتودنسی ثابت (در حد متعارف) در صورتی که جنبه درمانی داشته باشد، در طی دو دوره قرارداد متوالی حداکثر ۵۰٪ تعرفه در دوره اول قرارداد و ۵۰٪ باقیمانده در دوره دوم قرارداد تا سقف تعهد بیمه شده طبق برآورد دندانپزشک معالج در ابتدای درمان بلامانع می باشد.

توجه: هزینه پلاک متحرک (ارتودنسی غیرثابت) صرفاً برای یک بار در طول بیمه نامه قابل پرداخت است. لیکن هزینه براکت شکسته شده غیرقابل پرداخت می باشد.

۷-۳-د) دندان مصنوعی

پرداخت هزینه دندان مصنوعی و نیز پلاک کروم کبالت و همچنین پلاک آکریلی ، پس از ارسال پرینت عکس توسط تلفن همراه (یک بار داخل دهان و یک بار خارج از دهان) هر ۵ سال یکبار قابل رسیدگی و پرداخت می باشد.

توجه : پرداخت هزینه دندان مصنوعی ونیز کروم کبالت وپلاک آکریلی که **توسط دندان ساز تجربی** انجام گرفته باشد معادل ۵۰٪ هزینه های انجام شده 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 پرینت عکس گرفته شده توسط خود بیمار از پلاک ضروریست .

۲-۸-۳-د) درمان روکش (**s.s.crown**) :

جهت پرداخت هزینه درمان روکش اطفال، ارائه پرینت عکس توسط تلفن همراه بعد از درمان الزامیست.

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 ...) بصورت گلوبال (یکجا) مطابق تعرفه از سقف تعهدات دندانپزشکی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

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

۱- کلیه معلولین ذهنی و جسمی

۲- 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 .

۵-د) استثنائات در ارائه رادیوگرافی دندان

ارائه رادیوگرافی دندان توسط بیمه شدگان در موارد ذیل الزامی نمی باشد:

۱-۵-د) بیماران عقب مانده ذهنی و جسمی (اعم از خردسال و بزرگسال):

در صورت انجام خدمات دندانپز شکی جهت بیماران عقب مانده ذهنی و ج سمی(اعم از خرد سال و بزرگ سال) ارائه رادیوگرافی قبل یا معاینه بیمار ضروری نمی با شد و صرفاً ارائه ت صویر کارت بهزی ستی یا کارت شنا سائی بیمه شده به همراه هزینه انجام شده کفایت می نماید.

۲-۵-د) کلیه بیمارانی که به هر دلیلی منع انجام رادیوگرافی دارند:

ارائه رادیوگرافی جهت کلیه بیمارانی که به هر دلیلی منع انجام رادیوگرافی دارند مانند خانمهای باردار با ارائه مدارک مثبته (آزمایش B - HCG و یا سونوگرافی) و نیز کودکان زیر۱۰سال الزامی نمی باشد.

۳-۵-د) در صورت وجود سیستم رادیوگرافی **R.V.G** در مراکز درمانی دندانپزشکی:

در صورت وجود سیستم رادیوگرافی R.V.G در مراکز درمانی دندانپز شکی مورد مراجعه بیمه شدگان ، ارائه پرینت مهر شده تو سط پزشک ، مورد قبول می‌باشد.

۶-د) تعریف انواع گرافی در دندانپزشکی

- **OPG**: نامهای دیگر این تکنیک پانورکس وپانورامیک می باشد. در این تکنیک فکهای بالا و پایین (مگزیلا و ماندیبول) به همراه همه دندانها رویت می گردند. درگرافی OPG وضعیت استخوان و دندانها ونهفتگی ها خصوصا دندانهای عقل و کیست ها وتومورها قابل مشاهده می باشد .

به عبارتی نوعی روش عکسبرداری (کلیشه بزرگ) از دندانها می باشد که یک نمای کلی از موقعیت تمام دندانها و استخوان های فک بالا و پائین را نمایش می دهد .

- **پری اپیکال (P.A)** : معمولترین نوع رادیوگرافی مورد استفاده دندانپزشکان می باشد که چند دندان را پوشش می دهد. این گرافی برای تشخیص ناهنجاری های تک دندان یا ناحیه کوچکی از دهان (شامل چند دندان) تجویز می گردد .گرافی های رایج در دندانپزشکی گرافی های پری اپیکال می باشند و معمولا یک گرافی برای مشاهده وضعیت دندانی خاص کافی می باشد.در معالجه ریشه دندان(روت کانال تراپی)۲یا۳ گرافی پری اپیکال ،قبل،ضمن وبعد از عمل تهیه می گردد.

بنابراین P.A نوعی روش عکسبرداری (کلیشه کوچک تک دندانی) که جهت بررسی طول ریشه و ضایعات و ... یک یا دو دندان تهیه می گردد.

- **اسکن CBCT** : نوعی تصویر برداری (اسکن) ۳ بعدی است که جهت جایگذاری ایمپلنت های دندانی ، مشخص شدن کیفیت و کمیت استخوان و بالا بردن سینوس و تومورهای فکی استفاده می شود.
- **سفالومتری** : سفالومتر نوعی دستگاه است که سر را با ابزاری نگه می دارد و از آن با اشعه ایکس تصویربرداری می کند. و در درمانهای ارتودنسی برای تشخیص ناهنجاریهای دندانی بکار می رود.سفالومتری در دو وضعیت رخ و نیم رخ انجام می شود، نوعی روش عکسبرداری است که به منظور اندازه گیری جمجمه، فک، دندان و صورت انجام می شود. به عکس حاصل از این روش سفالوگرام گفته می شود. سفالوگرام ،گرافی است که دندانپزشکان، جراحان دهان فک و صورت از آن به عنوان نقشه درمان استفاده می کنند.

سفالوگرام ارتباط بین نسج نرم و استخوان ها را نشان می دهد و به تشخیص اختلالات رشد قبل از درمان و حین درمان جهت 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 نمی باشد.

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

توجه:رادیوگرافی های بارگذاری شده برای خدمات دندانپزشکی توسط بیمه شدگان در صورت خوانا بودن ارسال اصل رادیوگرافی به شرکت بیمه الزامی نمی باشد.

مشاهده اطلاعات درمانی و استعلام خسارت بیمه شدگان

- **بیمه شدگان می توانند از طریق مراجعه به آدرس https://sinad.karafarin-insurance.ir/ بخش پنل بیمه شده مراجعه و کلیه هزینه های درمانی خود را ملاحظه نمایند.**

توجه: سایر موارد مطابق شرایط و مقررات بیمه نامه می باشد.

ه) مقررات آیین نامه ای

۱-ه) 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 بیمه شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است.

۲-ه) به استناد ماده ۷ شرایط عمومی بیمه نامه ، هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارایه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است ، نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه شدگان حذف می شود و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه های تشخیصی- درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه شده است.

ثبت خسارت در سامانه بیمه گر(اپ سامانه سیناد)

۱- جهت استفاده از پنل بیمه شده و سامانه اپ سیناد :

https://sinad.karafarin-insurance.ir/DarmanAfzar.Customer/index.html

با آرزوی سلامتی برای شما

شرکت بیمه کارآفرین

جدول تعدات درمان گروهی شرکت ملی خدماتی تدارک سال ۱۴۰۵-۱۴۰۶

ردیف	شرح تعهدات بیمه گر
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CARE، فمتو کاراکت،هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰سال یا بیش از ۷۰ سال باشد. ارائه پوشش داروی بیماران خاص (ام اس، دیابت ، سرطان ، اوتیسم ، فلج مغزی و رماتیسم).(دوبرابر تعرفه)
۲	جبران هزینه های شیمی درمانی، جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، قلب، پیوند ریه، پیوند کلیه و پیوند مغز و استخوان، رادیوتراپی، دیسک ستون فقرات، آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخلی مغز، گامانایف، رادیوتراپی با دستگاه IMRT.(دوبرابر تعرفه)
۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین، جبران هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، ZIFT،I UL، GIFT، میکرو اینجکشن، JVF و سایر درمان های ناباروری و داروهای مرتبط با اعمال نازایی و ناباروری بدون شرط بستری داروهای مرتبط با نازایی و ناباروری بدون شرط بستری.
۴	پاراکلینیکی گروه ۱ جبران هزینه های انواع آندوسکوپی ، آنژیوگرافی عروق محیطی ، سونوگرافی ، ماموگرافی و انواع اسکن ، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی استرس اکّو، پزشکی هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ، دانسیتومتری ، مگنت تراپی، بیوفیدبک و نوروفیدبک ، پریمتری ، پاکیمتری، اوزون تراپی ، پالس اکسیمتری، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل الکترو کاردیوگرافی. پاراکلینیکی گروه ۲ شامل تست ورزش، تست تنفسی ، خدمات تشخیص الکترومیلوگرافی و انواع رادیوگرافی، نوار قلب، هدایت عصبی نوار عضله ، نوار عصب ، نوار مغز ، خدمات تشخیصی یورودینامیک نوار مثانه ، شنوایی سنجی ، انواع ادیومتری، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند بینایی سنجی ، پریمتری، بیومتری و پنتاکم ،اکوکاردیوگرافی ، آنالیز پیس میکر ، EECP، تیلت تست ، هولتر فشارخون ، هولتر مانتورینگ قلب ، خدمات تشخیصی تنفسی شامل اسپیرومتری و پی اف تی ، دیالیز ، تست آلرژی، جبران هزینه های RTMS و QEEG، پاراکلینیکی گروه ۳ شامل اعمال مجاز سرپایی (توضیح منظور از این بند هر گونه ارائه خدمات درمانی مجاز سرپایی در مطب می باشد نیز شامل این بند می گردد) شکستگی و در رفتگی ، گچ گیری ، ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی ، اکسیزیون لیپوم ، بیوپسی ، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثناء زیبائی،رفع عیوب دید چشم) ، برداشتن خال و زگیل (بدون ارائه پاتولوژی) ، در آوردن جسم خارجی از بدن نظیر چشم ، دست ، پا، کشیدن فرو رفته در گوش ، تزریقات داخل مفصلی ، آمپول های مربوط به تزریقات داخل مفصل که توسط پزشک در مطب ارائه می گردد . ساکشن و شستشوی گوش ، آتل گیری ، باز کردن گچ ، کشیدن بخیه ، انواع کوتر و فریز ، انواع هزینه های PRPT ، شالازیون سوند و سونداژ. جبران هزینه سیستوسکوپی و رکتوسکوپی، سونوگرافی در مطب، فالن تست، تست قند، کورتون تراپی (جهت کلیه بیماری ها) تزریق داخل مفصل، تزریق داخل ضایعه، تمپانومتری، تست استرس ، تزریقات، سرم تراپی، اکو مری TEE، تحریک مغناطیسی مغز TMS، تحریکات الکتریکی مغز TDCS، پانسمان و تعویض آن، فوندوسکوپی،

	کانفواسکن، ارب اسکن، توپوگرافی، پاکیمتری، iol master، بادی باکس، رینومانومتری، برونکوگرافی، پونکسیون مایع نخاع کمری، آمینوسنتز، پت اسکن، بازتوانی قلبی، کلیه هزینه های مربوط به تست کرونا بدون در نظر گرفتن نتیجه تست به تعداد دفعات در طول مدت قرارداد)با تجویز پزشک عمومی، متخصص (، پالس اکسی متری، اوزون تراپی و اوزون درمانی، PRP درمانی ، فتوگرافی جهت هزینه دندانپزشکی، سیتوژنتیک، انتروپیون، هورمون شناسی، TCD ترانس کرانیال داپلر ، GDX،APS تراپی، Brain Mapping، بررسی عصب شنوایی، تریک مغزی، درمان های دستی طب فیزیکی Manipulation Therapy، لیزر فیزیوتراپی (اعم از کم توان و پرتوان) تست سرطان، طب فیزیکی، شاک ویو تراپی Shock Wave، الکتروشوک درمانی، نوروفیدبک، بیوفیدبک، طب هسته ای، متاکولین، مگنت تراپی، ید تراپی، تونومتری ORA،PH متری، اکسیژن تراپی، پروگرامینگ، فیبرواسکن کبد، تست حجم بویایی SMT، استوگرافی RTMS ، DLCO، UBT، ICG، HRT، EVOK، ABR،Asthography، اسکن کف پا، سی تی آنژیوگرافی، ارگواسپیرومتری CPET ، سیتولوژی،پالس تراپی، تست تعادل ، ونوگرافی،آنژیو گرافی دیجیتال،سرو لوژی،تست oct، تست vep،پلاتیسموگرافی، نوار تست قند خون ، طب سوزنی، انواع روش ها و درمان های طب سنتی از قبیل حجامت، بادکش، فصد خون وغیره،لوازم مصرفی جراحی های خاص از قبیل کیسه کولستومی و غیره، نبولایزر، جبران هزینه فیزیوتراپیPT ، کایروپراکتیک، گفتار درمانی ST، کار درمانی OT،هزینه های گفتار درمانی، هزینه های کاردرمانی، و هزینه های گفتاردرمانی ناشی از کاشت حلزونی و روان درمانی (مشاوره،روانپزشکی،روانشناسی)خدمات اورژانس در موارد غیر بستری. زگیل ، پاپ اسمیر، شالازیون و ناخنک چشم، سوزن براکی تراپی، رادیوفرکانسی RF،SMART PLUG، درمان خونریزی شامل سوزاندن و تامپونمان، شکافتن آبسه دهان ، آتل گذاری، اکسیزیون جسم خارجی، اکسیزیون تومورهای خوش خیم، اکسیزیون و برداشتن میخچه، برداشتن خال ، سونداژ، ساکشن، پانسمان های سوختگی،ارائه هزینه های مربوط به سوزن قلم جهت تزریق انسولین و سوزن تست قندخون (طبق دستور پزشک متخصص).
۵	جبران خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش های تشخیصی پزشکی، پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، آمینوسنتز، آزمایشات غربالگری جنین، جبران هزینه های ناهنجاری جنین به استثناء چکاپ
۶	هزینه رفع عیوب انکساری دید چشم، چنانچه نقص بینائی هر چشم به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدرمطلق نقص بینایی هرچشم " ۳دیوپتر " یا بیشتر باشد، لیزیک و لازک و فمتو لیزیک و هر نوع تکنیک جهت رفع عیوب انکساری و به انضمام لنز داخل چشمی برای چشم راست
۷	هزینه رفع عیوب انکساری دید چشم، چنانچه نقص بینائی هر چشم به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدرمطلق نقص بینایی هرچشم " ۳دیوپتر " یا بیشتر باشد، لیزیک و لازک و فمتو لیزیک، فمتو اسمایل و هر نوع تکنیک جهت رفع عیوب انکساری و به انضمام لنز داخل چشمی برای چشم چپ
۸	جبران کلیه هزینه ی دندانپزشکی به استثنای زیبایی (ارتودنسی برای سن زیر ۱۸ سال)(براساس تعرفه ی سندیکای بیمه گران و در نبود تعرفه ی مصوبه ی هئیت وزیران)
۹	جبران هزینه های دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور به استثناء داروهای زیبایی) ، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری ، کیسه کلستومی، کیسه یوسمی، پانسمان.داروهای آزاد، نسخه های آزاد، داروهای خارجی، داروهای مکمل، داروهای هورمون رشد، داروهای گیاهی، داروهای ترکیبی، داروی های پوستی، غیر از موارد زیبایی و بهداشتی. جبران هزینه های انواع

	ویزیت (اعم عمومی، متخصص، فوق تخصص، کارشناس پروانه دار، کارشناس ارشد پروانه دار ،کارشناسان تغذیه و مامایی، ویزیت ماما، مشاوره های پزشکی، مشاوره روانشناسی و روانپزشکی و غیره)حداکثر هفته ای یکبار(جلسات مشاوره)	
۱۰	جبران هزینه های عینک شامل عینک طبی ،فریم و لنز تماس طبی با تجویز پزشک متخصص و اپتومتریست(هر دو سال یک بار)	
۱۱	کلیه خدمات HOME CARE (کلیه خدمات درمانی ذکر شده در بند های جدول و الحاقیه های منظم به قرارداد که در داخل منزل برای بیماران انجام می گردد با تایید پزشک معتمد بیمه گر)	
۱۲	جبران هزینه‌های آمبولانس و سایر فوریتهای پزشکی که نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی –درمانی طبق دستور پزشک معالج	(داخل شهر)
		(خارج شهر)