



۱۴۰۰/۰۱/۳۰

کارکنان و اعضای هیات علمی عضو بیمه تکمیل درمان

بیمه ملت:

با مطالعه دقیق شیوه نامه پرداخت خسارت درمان و تعهدات بیمه ملت (پیوست)، در روزهای اعلامی زیر نسبت به تحویل مدارک درمانی خود (از تاریخ ۱۳۹۹/۱۱/۱) به نماینده بیمه اقدام نمایند. نماینده بیمه ملت از تاریخ ۱۴۰۰/۲/۶ در روزهای دوشنبه و چهارشنبه از ساعت ۸-۱۲ در محل کتابخانه مرکزی جهت دریافت مدارک درمانی حضور دارد.

در صورت تعطیلی دانشگاه ناشی از کرونا شعبه اصفهان و نجف آباد بیمه ملت نیز جهت تحویل مدارک درمانی اعلام آمادگی نموده اند:

آدرس شعبه نجف آباد: خیابان دکتر شریعتی - روبروی کوچه بهمن-جنب بانک مهر اقتصاد-پلاک ۲۶۷۲.

آدرس شعبه اصفهان: ابتدای خیابان محتشم کاشانی روبروی پارکینگ طبقاتی.

آدرس سایت بیمه ملت:

<http://www.melat.ir/app/noavari-bimeh-melat/۱۶۵۱۹/internet-bime>

لیست مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه ملت را از طریق آدرس زیر مشاهده نمایید.

<http://www.melat.ir/app/marakez-khadamat/۱۷۰۰۶/list-marakez-darmani>

بیمه شدگان بیمه ملت می توانند با دانلود نسخه اندروید اپلیکشین بیمه ملت (قابل دسترس در سایت بیمه ملت، کافه بازار و Google Play) و استفاده از کد ملی خود به عنوان نام کاربری و رمز عبور، از خدمات بیمه ملت استفاده کنند.

لینک دانلود اپلیکیشن بیمه ملت:

<http://www.melat.ir/app/noavari-bimeh-melat/۱۶۶۰۷/mobile>

برای مشاهده اینفوگرافی نحوه ارائه خدمات درمان به مجموعه دانشگاه کلیک کنید

<http://www.melat.ir/upload/files/InfoAzad.pdf>

۱۴۰۰/۰۱/۳۰



بیمه تجارت نو:

نماینده بیمه تجارت نو هم طبق روال سال قبل در روزهای یکشنبه و سه شنبه از ساعت ۸ الی ۱۲ در محل کتابخانه مرکزی جهت دریافت مدارک درمانی حضور دارد.
(فرم هزینه بیمه تکمیلی در فرم های اداری و پشتیبانی اتوماسیون اداری آیکن)

آدرس پرتال بیمه تجارت نو:

<http://portal.tejaratinsurance.com>

لینک دانلود اپلیکیشن بیمه تجارت نو:

<https://portal.tejaratinsurance.com/utilities/DownloadAndroidApp>

استعلام وضعیت خسارت درمان:

<https://eservices.tejaratinsurance.com/BimeSiteMvc/Dr/BimeshodeDmgEstelam/BimeshodeDmgEstelam>

لیست مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه تجارت نو از طریق لینک زیر قابل مشاهده است .

<https://portal.tejaratinsurance.com/MedicalCenter/Show>

لیست تعهدات و شیوه نامه جدید پرداخت خسارت بیمه تجارت نو به پیوست ارسال می گردد.

شیوه نامه خسارت درمان دانشگاه آزاد اسلامی

الف) مدارک لازم برای دریافت معرفینامه های بستری

۱. دستور پزشک که در آن نوع بیماری / نوع جراحی ، مرکز درمانی مورد نظر و تاریخ بستری ذکر شده باشد.
۲. ارائه تصویر شناسنامه بیمه شده اصلی و بیمه شده بیمار جهت تعهد زایمان الزامیست.
۳. ارائه تصویر صفحه اول دفترچه بیمه در اولین خسارت الزامیست.
۴. در صورت بستری شدن بیمار قبل از اخذ معرفینامه ، برگه پذیرش که علت بستری مشخص شده و ممهور به مهر پزشک باشد مورد نیاز است.
۵. انجام لیزیک منوط به ارائه گواهی پزشک و جواب اپتومتری (هر چشم ۳ دیوپتر و بالاتر) می باشد.
۶. برای کلیه اعمال جراحی مربوط به چاقی به هیچ عنوان معرفینامه صادر نمیگردد .

الف-۱) اعمالی که نیاز به تأییدیه پزشک معتمد قبل از اقدام و دریافت معرفینامه دارند:

۱. مواردی مانند کورتاژ ، علاوه بر تایید پزشک معتمد نیاز به سونوگرافی قبل از عمل دارد.
۲. در تمامی جراحی های فتق شکمی و فتق نافی سونوگرافی قبل از عمل و تاییدیه پزشک معتمد الزامیست.
۳. جهت جراحی بلفاروپلاستی (افتادگی پلک) معاینه قبل از جراحی توسط پزشک معتمد بیمه گر همراه با گزارش میدان بینایی الزامی می باشد.
۴. جراحی استرابیسم (انحراف چشم) نیاز به معاینه قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه گر دارد.

ب) مدارک لازم برای دریافت معرفینامه دندانپزشکی:

۱. جهت صدور کلیه معرفینامه های دندانپزشکی، ارائه طرح درمان از سوی دندانپزشک معالج الزامیست.
۲. معرفینامه ارتودنسی صرفاً تا سن ۱۸ سال تمام و مشروط به ارایه OPG و با تأیید دندانپزشک معتمد بیمه ملت صادر می گردد.
۳. جهت صدور معرفینامه ایمپلنت، ارایه OPG و CBCT الزامیست.

ج) صورتحساب های پزشکی قابل بررسی باید دارای ویژگی های ذیل باشد:

۱. صورت حساب باید اصل باشد.
۲. مشخصات بیمه شده بر روی آنها درج شده باشد.
۳. مهر مرکز درمانی پزشک معالج را داشته باشد.
۴. مبلغ هزینه ها در آن درج شده باشد.
۵. دارای تاریخ رسمی بوده و فاقد هرگونه قلم خوردگی باشد.
۶. مدارک موردنیاز هزینه بیمارستانی:
 - تصویر صفحه اول دفترچه بیمار.
 - دستور بستری بیمار با ذکر علت بستری و جراحی
 - اصل صورتحساب بیمارستانی ممهور به مهر مالی/حسابداری بیمارستان

- اصل ریز صورتحساب دارو بخش/اتاق عمل
- اصل ریز صورتحساب لوازم مصرفی بخش/اتاق عمل (هر قلم دارو و لوازم مصرفی بالای ۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال ارائه کپی فاکتور خرید بیمارستان الزامیست)
- اصل ریز صورتحساب آزمایش به همراه گزارش
- اصل ریز صورتحساب خدمات پاراکلینیکی به همراه گزارش
- اصل ریز صورتحساب هزینه تخت روز (هتلینگ)
- شرح عمل جراحی ممهور به مهر پزشک جراح ، متخصص بیهوشی و کمک جراح
- برگه بیهوشی مهر پزشک جراح ، متخصص بیهوشی
- برگ درخواست های مشاوره
- برگ دستورات پزشک
- صفحات سیر بیماری
- دستورات پرستاری
- خلاصه پرونده
- در صورت استفاده از پروتز در اتاق عمل که توسط بیمه شده خریداری شده است ضمیمه فاکتور پروتزها ممهور به مهر اتاق عمل و مهر پزشک جراح مبنی بر استفاده وسایل در اتاق عمل و الصاق اصل lable (نظیر استنت و بالون ، پیچ و پلاک و...) الزامیست. در صورت خرید پروتز توسط بیمارستان ارائه فاکتور خرید کلی بیمارستان به همراه نوع وسیله و مبلغ الزامیست.
- همچنین در صورت عدم درج سهم بیمه پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی، نیروهای مسلح و...) در صورت حساب بیمارستان، بیمه شده می بایست ابتدا جهت دریافت سهم بیمه پایه خود کل پرونده بیمارستانی را به بیمه گر پایه در دفاتر اسناد پزشکی ارسال کند و پس از ممهور به مهر کپی برابر با اصل بیمه پایه و دریافت سهم بیمه پایه و الصاق رسید واریز هزینه سهم بیمه پایه جهت بررسی و دریافت سهم بیمه تکمیلی خود هزینه بیمارستانی را به نماینده این شرکت تحویل نماید.

د) تمامی اوراقی که جهت انجام ارزیابی و پرداخت پرونده ها لازم است به تفکیک نوع هزینه شامل:

○ مدارک مورد نیاز برای انجام اعمال چاقی:

۱. برای کلیه اعمال جراحی مربوط به چاقی به هیچ عنوان معرفی نامه صادر نمیگردد .
۲. جهت پرداخت هزینه های مربوطه ، می بایست BMI بیمار ۴۲ و بالاتر باشد .
۳. بیمار باید قبل از عمل اقدام به اخذ تائیدیه از پزشک معتمد بیمه گر پایه و معتمد بیمه تکمیلی نموده و پس از عمل ابتدا اقدام به اخذ سهم بیمه گر پایه نموده و سپس کپی برابر اصل پرونده ممهور به مهر بیمه گر پایه به همراه رسید پرداختی بیمه گر پایه به این شرکت ارائه نماید. (پرداخت خسارت منوط به پرداخت سهم بیمه گر پایه می باشد)

○ مدارک مورد نیاز برای انجام عمل سنگ شکن:

۱. اصل صورتحساب مرکز سنگ شکن.
۲. گزارش سونوگرافی یارادیولوژی نشان دهنده سنگ
۳. شرح عمل انجام شده.

○ مدارک مورد نیاز برای انجام آنژیو گرافی:

۱. اصل صورت حساب آنژیو گرافی.
۲. گزارش یا شرح آنژیو گرافی انجام شده

○ مدارک لازم جهت عمل گامانایف:

۱. اصل صورت حساب مرکز گامانایف.
۲. ارائه گزارش MRI یا سی تی اسکن که نشان دهنده تومور است.
۳. گزارش یا شرح جراحی.

○ مدارک لازم جهت شیمی درمانی و رادیو تراپی:

۱. اصل صورتحساب مرکز مربوطه مبنی بر تعداد جلسات شیمی درمانی و داروهای مورد استفاده و در مورد رادیو تراپی نیز علاوه بر تعداد جلسات تعداد شانه‌های رادیو تراپی، فیلد درمانی دوزاژ اشعه ارائه گردد.
۲. نسخه داروئی با تجویز فوق تخصص انکولوژی.
۳. ارائه گزارش پاتولوژی که نشان دهنده بدخیمی باشد.

○ مدارک لازم جهت خدمات تصویر برداری:

۱. دستور پزشک مبنی بر اقدام تصویر برداری.
۲. اصل صورت حساب مرکز درمانی که ممهور به مهر باشد.
۳. گزارش یافته های تصویر برداری.

○ مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های آزمایش:

۱. دستور پزشک مبنی بر انجام آزمایش (چکاپ در تعهد نمی باشد).
۲. اصل فاکتور ممهور به مهر شده آزمایشگاه طبق آزمایشات درخواستی.
۳. کپی گزارش آزمایش انجام شده طبق دستور پزشک.

○ مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های فیزیوتراپی:

۱. دستور فیزیوتراپی توسط پزشک معالج مرتبط با درج تعداد جلسات*، اندام‌ها و روش فیزیوتراپی.

*توجه: تعداد جلسات تجویز شده توسط پزشک عمومی حداکثر ۱۰ جلسه و یک اندام می‌باشد.

*تعداد جلسات تجویز شده توسط پزشک متخصص حداکثر ۲۰ جلسه و دو اندام می‌باشد .

*جهت فیزیوتراپی بیش از ۲۰ جلسه ارائه MRI، CT اسکن یا نوار عصب و عضله آن ناحیه الزامیست.

۲. اصل فاکتور ممهور به مهر مرکز فیزیو تراپی و امضاء فیزیوتراپیست که شامل تعداد جلسات به تفکیک تاریخ، تعداد اندام‌ها و اعمال منطبق با دستور پزشک و امضاء کلیه روزهای فیزیوتراپی توسط بیمه شده

۳. جبران هزینه لیزر پرتوان بر اساس تعرفه لیزر کم توان پرداخت می گردد.

۴. مگنت تراپی ، آب درمانی و ماساژ درمانی در تعهد نمی باشد.

○ مدارک لازم جهت ویزیت و دارو:

۱. ویزیت ها نیاز به مهر پزشک دارد تا براساس درجه علمی پزشک هزینه محاسبه گردد.

۲. نسخه دارویی بایستی دارای مهر داروخانه و مهر پزشک معالج بوده و ریز داروها به همراه مبالغ آن بصورت خوانا و مجزا روی نسخه قید گردد در صورت خوانا نبودن نسخه، ارائه پرینت دارویی معتبر الزامیست.

۳: دستورات پزشک که به صورت اینترنتی می باشد :

ارائه اصل پرینت کامپیوتری ریز اقلام دارویی ، ممه‌ور به مهر داروخانه که مبالغ کل ، سهم بیمه گر پایه و سهم بیمار مشخص شده باشد الزامی است در غیر اینصورت ارائه دستورات دارویی در سربرگ پزشک ضروری میباشد .

تبصره : ویزیت های آنلاین قابل پرداخت نمیشود .

○ **مدارک لازم جهت هزینه های دندانپزشکی :**

۱. به استثناء کشیدن یا ترمیم کمتر از ۳ دندان در سایر موارد ارائه OPG قبل و بعد از کار الزامیست.
 ۲. جهت عصب کشی و درمان ریشه: ذکر شماره دندان ، تعداد کانالها و OPG قبل و بعد از درمان ریشه ضروریست .
 ۳. برای ترمیم بیش از سه دندان ارائه OPG قبل و بعد از درمان ، ذکر شماره دندان و نوع ماده ترمیمی و تعداد سطوح الزامیست.
 ۴. در صورتیکه در عصب کشی یا ترمیم، تعداد سطوح یا کانال ذکر نشود هزینه یک سطحی یا یک کاناله محاسبه می گردد.
 ۵. برای جراحی دندان در نسج سخت و نرم OPG قبل و بعد از درمان ارائه گردد.
 ۶. جهت روکش و بریج و پروتزها OPG قبل و بعد از کار الزامیست.
 ۷. تاریخ OPG انجام شده بایستی تا زمان انجام هزینه حداکثر ۳ ماه فاصله زمانی داشته باشد در غیر اینصورت هزینه قابل پرداخت نمی باشد.
 ۸. جهت پرداخت هزینه ایمپلنت ، ارائه هولوگرام فیکسچر و اباتمنت به همراه سایر مدارک لازم است..
 ۹. هزینه های دندانپزشکی بایستی در سربرگ دندانپزشک معالج که دارای مشخصات و نشانی کامل و تلفن می باشد نوشته شود.
 ۱۰. جهت کلیه هزینه هایی که بر روی ریشه و لثه انجام می گردد بایستی OPG قبل و بعد ارائه گردد.
 ۱۱. جهت پرداخت هزینه ارتودنسی** ارائه OPG قبل و بعد از کار و سفالومتری الزامیست.
- ** توجه: هزینه ارتودنسی صرفاً جهت افراد کمتر از ۱۸ سال و پس از تأیید دندانپزشک معتمد بیمه گر است.**

۱۲. کلیه خدمات زیبایی و دندان مصنوعی در تعهد نمی باشد.

"لازم به توضیح است در کلیه موارد مطرح شده در صورت درخواست دندانپزشک معتمد بیمه گر ویزیت بیمار الزامیست."

***ملاک پرداخت هزینه ها تعرفه های اعلامی از سوی سندیکای بیمه گران می باشد.**

○ **مدارک لازم جهت سایر هزینه های سرپایی:**

۱. شرح کامل جراحی و نحوه بی حسی در برگه جراحی یا در سرنسخه پزشک ممه‌ور به مهر جراح.

۲. در صورت استفاده از وسایل مصرفی ، ریز اقلام استفاده شده ارائه گردد.
۳. اگر جراحی مربوط به نمونه برداری یا برداشتن توده باشد ارائه گزارش پاتولوژی ضروری است.
۴. اگر جراحی مربوط به جا اندازی شکستگی یا در رفتگی باشد ارائه کلیشه رادیولوژی ضروری است.
۵. در جراحی های مربوط به توده پوستی ، ذکر محل و تعداد ضایعه و ارائه برگه پاتولوژی ضروری است.
- سایر هزینه ها : در سایر هزینه های پزشکی ارائه اصل فاکتور ، دستور پزشک و گزارش عمل انجام شده الزامیست**

● نحوه جمع آوری اسناد خسارت:

پیرو توضیحات داده شده مدارک از بیمه شده دریافت و برای هر کد ملی یک فرم اعلام خسارت پیوست و تکمیل گردد.

● جهت حضور در محل بیمه گذار طبق شرح ذیل اقدام گردد:

- جمعیت زیر ۵۰۰ نفر هفته ای یکبار
- جمعیت بین ۵۰۰ تا ۲۰۰۰ نفر هفته ای دوبار
- جمعیت بالای ۲۰۰۰ نفر هفته ای سه بار

● نحوه رسیدگی به اسناد خسارت:

نماینده پس از دریافت اسناد درمانی بیمه شدگان و تشکیل پرونده با فرم اعلام خسارت، بایستی در اسرع وقت، اسناد را به مرکز ارزیابی معرفی شده تحویل نموده و مجدداً پس از ۲۴ ساعت، کلیه اسناد درمانی ارزیابی شده را اخذ نموده و در سیستم درمان ثبت نمایید.

- جدول تعهدات، چک لیست های معرفی نامه، پاراکلینیکی و بیمارستان و نمونه فرم اعلام خسارت پیوست می باشد.

جدول تعهدات بیمه گر

ردیف	نوع تعهدات	حداکثر تعهدات	فرانشیز	توضیحات
۱	اعمال بیمارستانی و جراحی	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰	جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود (Day Care) به اعمال جراحی اطلاق می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه روز باشد
۲	اعمال جراحی مهم با احتساب بند ۱	۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰	اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان
۳	زایمان	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰	جبران هزینه های زایمان طبیعی و سزارین
۴	نازائی و ناباروری	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰	جبران هزینه های اعمال جراحی مرتبط، IVF، GIFT، ZIFT، IUI، میکرواینجکشن و IVF
۵	پاراکلینیکی (۱)	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰	جبران هزینه های رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ)، دانسیتومتری
	پاراکلینیکی (۲)			جبران هزینه های اندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولترمانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، تیلت تست، EECp، خدمات تشخیصی تنفسی (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی، الکتروانسفالوگرافی، خدمات تشخیصی یورودینامیک، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم و شنوایی سنجی
	جراحیهای مجاز سرپایی			جبران هزینه شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی
	آزمایش			جبران هزینه آزمایشهای تشخیص پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک
۶	رفع عیوب انکساری هر چشم	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی یا دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد
۷	آمبولانس	۴۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰	جبران هزینه های آمبولانس داخل و خارج شهر
8	ویزیت و دارو	۵.۰۰۰.۰۰۰	۱۰	شامل ویزیت کلیه پزشکان طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان و پرداخت دارو براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول و خدمات اورژانس در موارد غیربستری
9	دندانپزشکی	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۱۰	جبران هزینه خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه (به استثناء کلیه خدمات زیبایی و یک دست دندان مصنوعی). امکان استفاده بیمه شدگان از پوشش دندانپزشکی از سقف تعداد اعضا خانواده حداکثر ۴ نفر میسر می باشد
10	داروی بیماری های خاص	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰	داروی بیماری های خاص شامل MS، تالاسمی، هموفیلی و دیالیز

* مجموع تعهدات بیمه گر در مورد بندهای ۱، ۲ و ۷ برای هر یک از بیمه شدگان مبلغ ۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال می باشد.

* ملاک توافقات شرایط خصوصی قرارداد می باشد.

فرم چک لیست صدور معرفی نامه		 بیمه ملت Mellat Insurance			
قرارداد : دانشگاه آزاد اسلامی	تاریخ:				
نام اداره / واحد: امور مراکز طرف قرارداد / اشخاص					
تایید کننده:		مسئول واحد:			
ردیف	شرح مدارک جهت پذیرش	مدارک ارائه شده	نتیجه ارزیابی		توضیحات عدم تایید
			تایید	عدم تایید	
۱	دستور پزشک				
۲	کپی دفترچه بیمه				
۳	کپی صفحه اول و دوم شناسنامه در خصوص زایمان				
۴	تایید پزشک معتمد در مورد برخی از اعمال جراحی نظیر بلفاروپلاستی، استرایپسم (انحراف چشم) و....				
۵	سونوگرافی قبل از عمل و تاییدیه پزشک معتمد در صورت داشتن عمل فتق شکمی، نافی و کورتاژ				
۶	بررسی وجود نام بیمار در پورتال				
۷	بررسی سقف تعهدات قرارداد و صدور معرفی نامه				
۸	در صورت داشتن ارتودنسی، ارتودنسی صرفاً تا سن ۱۸ سال تمام و مشروط به ارایه OPG و با تایید دندانپزشک معتمد				
۹	سایر موارد				

*****توجه: برای کلیه اعمال جراحی مربوط به چاقی به هیچ عنوان معرفی نامه صادر نمیگردد .**

نام و امضا تایید کننده:

قرارداد : دانشگاه آزاد اسلامی		فرم چک لیست تشکیل پرونده پاراکلینیکی		 بیمه ملت Mellat Insurance	
تاریخ:		نام اداره/واحد: خسارت / اشخاص			
		مسئول واحد:		تایید کننده:	
ردیف	شرح مدارک جهت پذیرش	مدارک ارائه شده	نتیجه ارزیابی		توضیحات عدم تایید
			تایید	عدم تایید	
۱	دستور پزشک				
۲	اصل یا کپی گزارش خدمت				
۳	اصل قبض صندوق				
۴	عکس opg قبل و بعد در خصوص خدمات دندانپزشکی				
۵	خدمت ارتودنسی صرفاً تا سن ۱۸ سال تمام و مشروط به ارایه OPG و با تایید دندانپزشک معتمد بیمه				
۶	ارایه OPG و CBCT برای خدمت ایمپلنت				
۷	در صورت انجام جراحی مجاز سربایی شرح کامل جراحی و نحوه بی حسی در برگه جراحی یا در سرنسخه پزشک ممهور به مهر جراح				
۸	کپی گزارش پاتولوژی در خصوص جراحی های مجاز سربایی				
۹	کپی صفحه اول و دوم شناسنامه و صفحه اول دفترچه در خصوص فرزندان دختر بالای ۱۸ سال و پسران بالای ۲۵ سال				
۱۰	کلیشه رادیو گرافی در خصوص شکستگی ها				
۱۱	برگه خلاصه پرونده در خصوص خدمات اورژانس و ریزدارو و لوازم مصرفی				
۱۲	نسخه دارویی دارای مهر داروخانه و مهر پزشک معالج و ریز دارو به همراه مبالغ و بصورت خوانا و مجزا (در صورت خوانا نبودن نسخه، ارائه پرینت دارویی)				
۱۳	سایر موارد				

نام و امضا تایید کننده:

قرارداد : دانشگاه آزاد اسلامی		فرم چک لیست تشکیل پرونده بیمارستانی		 بیمه ملت Mellat Insurance	
تاریخ:		نام اداره / واحد: خسارت / اشخاص			
مسئول واحد:		تایید کننده:			
ردیف	شرح مدارک جهت پذیرش	مدارک ارائه شده	نتیجه ارزیابی		توضیحات عدم تایید
			تایید	عدم تایید	
۱	دستور پزشک مبنی بر نوع بیماری/جراحی				
۲	اصل صورتحساب ممهور به مهر بیمارستان				
۳	اصل ریز داروهای مصرفی، آزمایشات، رادیوگرافی ها و سایر خدمات پاراکلینیکی انجام شده ممهور به مهر بیمارستان				
۴	اصل شرح عمل ممهور به مهر نظام پزشکی و امضا جراح و کمک جراح و مهر بیمارستان				
۵	اصل برگه بیهوشی ممهور به مهر متخصص بیهوشی و مهر بیمارستان				
۶	اصل یا فتوکپی خلاصه پرونده برگه های سیر بیماری و دستورات پزشک				
۷	اصل گواهی پزشکان مشاور و معالج مبنی بر علت مشاوره و تعداد ویزیت ها ممهور به مهر نظام پزشکی و امضاء				
۸	اصل فاکتور خرید پروتز ها و لوازم مصرفی معتبر ممهور به مهر پزشک معالج و تایید مصرف آن توسط جراح در اتاق عمل				
	کپی فاکتور خرید بیمارستان برای هر قلم دارو و لوازم مصرفی بالای ۱،۰۰۰،۰۰۰ ریال				
۹	در صورت انجام رادیوتراپی دستور پزشک مبنی بر تعداد جلسات، تعداد فیلد و نواحی مورد نیاز و اصل گواهی مبنی بر تعداد جلسه درمان انجام شده و نوع آن، ممهور به مهر نظام پزشکی و امضاء				
۱۰	در صورت اعمال جراحی از قبیل مامو پلاستی، اسلیو یا استاپلینگ معده، بلفاروپلاستی و ژینکوماستی تاییدیه قبل از عمل از طرف پزشک بیمه پایه و پزشک معتمد بیمه تکمیلی				
۱۱	اعمال جراحی مربوط به چاقی با BMI ۴۲ و بالاتر و تاییدیه قبل از عمل از طرف پزشک بیمه پایه و پزشک معتمد بیمه تکمیلی				
۱۲	داشتن سهم بیمه پایه در صورتحساب یا رسید پرداختی بیمه پایه				
۱۳	سایر موارد				

نام و امضا تایید کننده:

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

تاریخ:

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:		کد ملی بیمه شده اصلی:		شماره بیمه نامه:		تلفن تماس:	
نام و نام خانوادگی بیمار:		کد ملی بیمار:		موضوع هزینه:		تاریخ هزینه:	
مبلغ قابل پرداخت		فرانشیز		کسورات تعرفه		لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید.	
ردیف		نام و نام خانوادگی بیمار		کد ملی بیمار		موضوع هزینه	
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
جمع							
پذیرش کننده:		کارشناس:					

تذکر: (۱) الزامیست کلیه اسناد ناقص در زمان پذیرش با ذکر علت عودت داده شده، بهیچ عنوان پذیرش نگردد.

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

تاریخ:

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:		کد ملی بیمه شده اصلی:		شماره بیمه نامه:		تلفن تماس:	
نام و نام خانوادگی بیمار:		کد ملی بیمار:		موضوع هزینه:		تاریخ هزینه:	
مبلغ قابل پرداخت		فرانشیز		کسورات تعرفه		لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید.	
ردیف		نام و نام خانوادگی بیمار		کد ملی بیمار		موضوع هزینه	
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
جمع							
پذیرش کننده:		کارشناس:					

تذکر: (۱) الزامیست کلیه اسناد ناقص در زمان پذیرش با ذکر علت عودت داده شده، بهیچ عنوان پذیرش نگردد.

به نام خدا



دستورالعمل پرداخت هزینه های درمانی
(پاراکلینیکی و بیمارستانی)

دانشگاه آزاد اسلامی

بخش اول :

هزینه های درمان سرپایی

مدارک مورد نیاز جهت بررسی هزینه های پاراکلینیکی

- ۱- دستور (گواهی) پزشک معالج مربوطه ممهور به مهر پزشک معالج (بدون قلم خوردگی)
 - ۲- اصل قبض (فاکتور) پرداختی (سونوگرافی ، ماموگرافی ، آزمایشگاه ، سی تی اسکن ، ام آر آی ، سنجش تراکم استخوان و....) ممهور به مهر مرکز درمانی
 - ۳- کپی گزارش اقدامات تشخیصی و درمانی پاراکلینیکی از قبیل MRI ، اسکن وسی تی اسکن ، سنجش تراکم استخوان ، اقدامات آندوسکوپی ، آنژیوگرافی چشم و ...
- تبصره - درج نام پزشک معالج تجویز کننده خدمت در کلیه گزارشات اقدامات درمانی انجام شده الزامی میباشد .

نکات مهم :

- مهلت ارسال صورت هزینه های پاراکلینیکی و بیمارستانی در زمان قرارداد حداکثر ۴ ماه تمام از تاریخ تنظیم صورت حساب و بعد از اتمام قرارداد سه ماه از تاریخ تنظیم صورتحساب می باشد. لازم به ذکر است پس از انقضا مدت مذکور، بیمه تجارت نو تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت .
- حداکثر مدت زمان تسویه موارد پاراکلینیکی ۸ روز کاری و موارد بیمارستانی ۱۵ روز کاری از تاریخ تحویل مشروط به تکمیل اسناد ارائه شده، معین میگردد.
- پرداخت خسارت به فرزندان اناث بالای ۱۸ سال تا زمان ازدواج منوط به ارائه کپی صفحه اول و دوم شناسنامه و یا تا زمان اشتغال به کار میسر می باشد . (ارائه مستندات در ابتدای قرارداد)
- پرداخت خسارت به فرزندان ذکور بالای سن ۲۲ سال در صورت اشتغال به تحصیل در مقطع کارشناسی تا سن ۲۵ سالگی و در مقطع کارشناسی ارشد و دکتری تا سن ۲۶ سالگی منوط به ارائه گواهی اشتغال به تحصیل امکانپذیر می باشد . (ارائه مستندات در ابتدای قرارداد)
- پرداخت خسارت به والدین تحت تکفل منوط به ارائه کپی صفحه اول دفترچه بیمه گر پایه از والدین و بیمه شده اصلی الزامیست . (ارائه مستندات در ابتدای قرارداد)
- * پرداخت هزینه های اپیدمی (کرونا) بر اساس دستورالعمل های بیمه مرکزی محاسبه و پرداخت می گردد.
- * ملاک پرداخت هزینه های پاراکلینیکی ، ارائه اصل قبض (فاکتور) می باشد . بنابراین قبض المثنی یا چاپ مجدد غیر قابل پرداخت می باشد لذا جهت پرداخت مهر پزشک و یا مرکز درمانی الزامی می باشد .
- مشخصات هویتی بیمار ، تاریخ فاکتور و مبلغ پرداختی می بایست در مدارک درج گردد .

• در صورت مخدوش بودن (لاک گرفتگی ، خط خوردگی) نسخه یا مدارک مذکور می بایست توسط پزشک یا مرکز درمانی مربوطه تصحیح و مجدداً ممهور گردد.

- در صورت درج مبلغ باقیمانده در فاکتور (قبض) امکان پرداخت وجود نخواهد داشت.
- در صورت درج مبلغ باقیمانده در فاکتور یا با دو مهر مرکز مربوطه و یا با ارائه فاکتور نهایی طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان قابل پرداخت می باشد .
- در خصوص اعمال جراحی در مطب گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع جراحی انجام شده ، ذکر ناحیه ، علت درخواست ، گزارش پاتولوژی جهت انواع اکسیزیون ، نمونه برداری و مبلغ دریافتی الزامیست .
- پرداخت هزینه های کلونوسکوپی در مطب مطابق با مصوبات وزارت بهداشت و درمان غیر قابل پرداخت می باشد مگر اینکه پزشک معالج مجوز انجام این خدمت در مطب را از معاونت درمان دریافت کرده باشد .
- کلیه سونوگرافی های زنان در مطب مطابق با مصوبات وزارت بهداشت و درمان غیر قابل پرداخت می باشد مگر آنکه توسط فوق تخصص نازائی و ناباروری و یا متخصص پریناتولوژی در مطب انجام گیرد .
- پزشک ماما اجازه تجویز یک سونوگرافی عادی بارداری را دارد ، بنابراین غیر از مورد مذکور سایر درخواست های ماما قابل رسیدگی نمی باشد .
- کلیه اقدامات درمانی که به درخواست شخص بیمه شده و بدون دستور پزشک انجام گرفته غیر قابل رسیدگی می باشد .
- در صورتی که زننده بخیه با کشنده بخیه یک نفر باشد، هزینه کشیدن بخیه قابل پرداخت نمیباشد مگر در مواردی که کشیدن بخیه زیر بیهوشی انجام پذیرد .
- در صورتیکه که اقدامات درمانی که بدون استفاده از سهم بیمه پایه انجام گرفته (آزاد) می بایست برگ سبز دفترچه بیمه گر پایه ارائه گردد.

ویزیت و مشاوره های پزشکی :

- **ویزیت :** هزینه ویزیت مطابق با بالاترین تعرفه بخش خصوصی اعلام شده توسط بیمه مرکزی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- هزینه ویزیت پزشکان برحسب نوع تخصص و درجه علمی ایشان و براساس تعرفه خدمات تشخیصی در بخش مربوطه (خصوصی ، عمومی ، عمومی - غیردولتی و خیریه) مصوب وزارت بهداشت و درمان محاسبه می گردد.
- درج مشخصات از قبیل : نام بیمار ، تاریخ ویزیت ، مهر مرکز درمانی یا مهر پزشک مربوطه در گواهی های ارائه شده الزامی است .
- ویزیت کاربنی و یا دست نویس (توسط بیمه شده) یا المثنی غیر قابل پرداخت می باشد . اصل دستور پزشک یا گواهی مجزا بایستی ارائه گردد.
- در صورت قید مبلغ ویزیت در برگ دفترچه بیمه گر پایه درج دو مهر پزشک الزامیست .

ویزیت های غیر قابل پرداخت به شرح ذیل می باشد :

- ویزیت فیزیوتراپ ، کایروپراکتور، کار درمان ، گفتار درمان ، انرژی درمان ، طب سوزنی
- ویزیت و معاینات دریافت گواهینامه رانندگی ، استخدام
- ویزیت های مکرر و با فاصله زمانی کوتاه (دریک روز) توسط یک پزشک خاص (مگر اینکه دارو یا آزمایش داشته باشد)
- پرداخت هزینه مشاوره قابل پرداخت نمی باشد مگر آنکه به عنوان پوشش اضافی در بیمه نامه خریداری شده باشد .

هزینه مشاوره قابل پرداخت نمی باشد.

دارو :

نسخه دارویی با توجه به شرایط ذیل قابل بررسی خواهد بود :

- ۱- برگ دستور دارو می بایست ممهور به مهر پزشک معالج باشد .
- ۲- اصل قبض (فاکتور) پرداختی می بایست ممهور به مهر داروخانه باشد .
- ۳- ریز اقلام و قیمت دارو در نسخه مشخص باشد و در غیر این صورت فاکتور ، پرفراژ شده یا با پرینت کامپیوتری باشد
- ۴- نسخ اینترنتی با قید مشخصات بیمار، نام و نام خانوادگی پزشک معالج و شماره نظام پزشکی قابل پرداخت خواهد بود .
- ۵- تخصص پزشک معالج با دستور تجویزی همخوانی داشته باشد.
- ۶- نسخ دارویی بر اساس تعرفه اعلامی از سوی سازمان غذا و دارو قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ۷- بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت نسخ خارج از فهرست داروهای مجاز کشور (قاچاق) ندارد.

تذکرات مهم :

- * در صورتیکه دارو آزاد تهیه شده باشد (سربرگ پزشک یا با دفترچه بیمه باشد) اصل نسخه یا برگ سبز دفترچه می بایست ارائه گردد.
- * ذکر نام و نام خانوادگی بیمار و تاریخ ویزیت الزامیست.
- * در صورتیکه دارو با استفاده از سهم بیمه گر پایه باشد نسخه سوم ارسال گردد و سهم بیمه پایه توسط داروخانه مشخص گردد.
- * پرداخت هزینه های داروهای نازائی و ناباروری در همین سقف تا مبلغ مندرج در تعهدات بیمه نامه و براساس فهرست مجاز داروهای کشور صورت می پذیرد .
- * کلیه داروهای خارجی، مکمل، تقویتی ، ویتامین ، آهن ، پوست و مو (زیبایی) ، گیاهی و طب سنتی خارج از تعهد بیمه گر می باشد.
- * هزینه نسخ دارویی براساس فهرست داروهای فارماکوپه و داروخانه های معتبر و طبق شرایط قرارداد قابل بررسی و پرداخت می باشد .

اقلام غیر قابل پرداخت دارویی :

- ۱- انواع شیر خشک و غذاهای کمکی کودکان و غذاهای کمکی بزرگسالان و شیر افزا
- ۲- لوازم بهداشتی و آرایشی
- ۳- داروی فاقد دستور پزشک و نسخه
- ۴- داروی تجویز شده توسط کارشناس تغذیه
- ۵- داروهای تخصصی که توسط پزشک عمومی تجویز شده است
- ۶- داروهای پوست و مو که جنبه زیبایی دارد.

❖ داروی بیماریهای خاص:

- نسخ دارویی ارائه شده بایستی دارای پرفراژ ممهور داروخانه روی نسخه باشند. ارائه ی گواهی معتبر بابت پرداخت هزینه ی دارو الزامی است.
- ارائه ی مستندات بیماری شامل پاتولوژی ، پت اسکن ، mri و... در زمان دریافت اولین خسارت الزامی است.
- داروی هورمون رشد از انواع داروهای خاص (تنها در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه) تلقی می گردد.
- نسخه ی آزاد داروی هورمون رشد به هیچ عنوان قابل پرداخت نمی باشد. استفاده از بیمه گر پایه الزامی است.

داروهای شیمی درمانی:

- ۱- نوع ایرانی: مابهالتفاوت سهم بیمه گر اول از محل تعهدات بستری قابل پرداخت می باشد.
 - ۲- نوع خارجی در صورتی که بیمه گر اول مبلغی را به عنوان سهم سازمان تعهد کرده باشد مابهالتفاوت داروی ایرانی و خارجی باکسر فرانشیز از محل تعهدات بیمارستانی و بستری قابل پرداخت است.
 - تبصره ۱: چنانچه هر کدام از موارد فوق در تعهد بیمه گراول نباشد با کسر فرانشیز قابل پرداخت است.
 - تبصره ۲: داروی های خارج از فارماکوپه به هیچ وجه قابل پرداخت نمی باشد
 - تبصره ۳: پرداخت داروهای شیمی درمانی تزریقی منوط به ارائه گواهی تزریق مرتبط با تاریخ نسخه می باشد.
- *ارائه مستندات بیماری نظیر جواب پاتولوژی الزامی است.

آزمایشات:

مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه آزمایش:

- ۱- دستور پزشک معالج
- ۲- اصل قبض پرداختی ممهور به مهر آزمایشگاه بدون باقیمانده
- ۳- کپی جواب آزمایش

نکات مهم جهت پرداخت آزمایشات:

- هزینه آزمایش سرلوژی کرونا (igg ,igm) غیر قابل پرداخت می باشد.
- آزمایشات ژنتیک مربوط به مشکلات ارثی در صورتی قابل پرداخت است که مادر باردار بوده و نمونه برداری از جنین صورت گیرد در غیر اینصورت غیر قابل پرداخت می باشد.

تست کرونا:

- تست های مثبت با تجویز پزشک معالج به فاصله هر ۲۱ روز یکبار قابل پرداخت می باشد. (تست های مثبت به درخواست شخصی تحت هیچ شرایطی قابل پرداخت نمی باشد)
- تست های منفی صرفا تحت شرایط زیر قابل پرداخت هستند:
 - ۱- دستور پزشک متخصص طب عفونی ، ریه یا طب اورژانس
 - ۲- ارائه شرح حال بیمار از پزشک متخصص مبنی بر داشتن علائم بالینی
 - ۳- کپی جواب سی تی اسکن ریه مبنی بر داشتن علائم و التهاب در ریه
 - ۴- ارائه جواب PCR مثبت از بستگان درجه ۱ (پدر ، مادر ، همسر ، فرزند ، خواهر یا برادر) در فاصله ۱۴ روز از تست منفی بیمه شده.

*تست های منفی صرفا هر ۲۱ روز یکبار با ارائه مستندات جدید و مطابق شرایط فوق الذکر قابل پرداخت می باشد.

مدارک مورد نیاز هزینه های شیمی درمانی:

- ۱- ارائه پاتولوژی مربوط به بیماری
- ۲- گواهی پزشک متخصص معالج مبنی بر نوع بیماری
- ۳- نسخه شیمی درمانی (قبض دارو) ممهور به مهر داروخانه و ممهور به مراکز شیمی درمانی باشد .
- ۴- گواهی تزریق در صورتی که داروی شیمی درمانی تزریقی باشد .
- ۵- هزینه تزریق شیمی درمانی

مدارک مورد نیاز هزینه های رادیوتراپی:

- ۱- ارائه پاتولوژی مربوط به بیماری
- ۲- گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری
- ۳- قبض کامل رادیوتراپی (شامل کدهای ارزش نسبی به کار رفته جهت درمان رادیو تراپی و براکی تراپی) که موید تعداد جلسات و نوع فیلد درمانی به کار رفته باشد.
- ۴- صورتحساب پرداختی بیمار در مراکز طرف قرارداد با بیمه گر پایه ، سهم بیمه گر پایه و بیمار به تفکیک مشخص شده باشد و در مراکز غیر طرف قرارداد با بیمه گر پایه، اصل صورتحساب به همراه دریافت سهم بیمه گر پایه الزامی است.

عینک طبی و لنز تماسی طبی:

- ۱- جهت پرداخت اصل دستور پزشک متخصص ممهور به مهر پزشک یا در صورت تجویز عینک توسط اپتومتریست ارائه پرینت کامپیوتری نمره چشم الزامی است.
- ۲- خرید لنز از پزشک یا اپتومتریست تجویز کننده غیر قابل پرداخت می باشد .
- ۳- فاکتور عینک فروشی بایستی دارای آدرس کامل، تلفن و به نام بیمار و با تاریخ باشد .
- ۴- رسید فروش غیر قابل پرداخت می باشد .
- ۵- هزینه های ناشی از تعمیر و شکستن عینک غیر قابل پرداخت می باشد .
- ۶- ارائه پرینت اپتومتری جهت پرداخت خسارت در هر صورت الزامیست .

فیزیوتراپی :

مدارک لازم جهت بررسی و پرداخت هزینه های فیزیوتراپی :

- ۱- دستور پزشک متخصص مغزو اعصاب، ارتوپد یا طب فیزیکی و توانبخشی با ذکر نوع بیماری و تعداد جلسات مورد نیاز ماهیانه.
- تبصره - تجویز کننده خدمت فیزیوتراپی نباید با انجام دهنده خدمت فیزیوتراپی یک نفر باشند .
- ۲- ارائه فاکتور ممهور به مهر مرکز درمانی مربوطه با درج مبلغ جلسات و جمع کل .
- ۳- تفکیک جلسات با امضاء و مهر مرکز درمانی و فیزیوتراپیست
- ۴- چنانچه فیزیوتراپی بیش از ۱۰ جلسه طی یک دوره درخواست شود ارائه مستندات پزشکی نظیر کپی جواب ام ار ای بابت هر ناحیه یا کپی نوار عصب و عضله یا خلاصه پرونده بیمارستانی مرتبط الزامی می باشد
- ۵- پس از پرداخت ۳ دوره درمانی (۳۰ جلسه طی سه ماه) ارائه روند درمان از پزشک معالج و ارائه مستندات جدید الزامی می باشد.
- ۶- هزینه لیزر کم توان برخلاف فیزیوتراپی ، بدون توجه به تعداد اندام و صرفاً براساس تعداد جلسات محاسبه و پرداخت می شود.
- ۷- انجام فیزیوتراپی تنها در مراکز مجاز و توسط فیزیوتراپیست قابل پرداخت خواهد بود .
- ۸- انجام فیزیوتراپی توسط کارشناس درد در مطب غیر قابل پرداخت می باشد .
- ۹- کارشناس فیزیوتراپی انجام دهنده خدمت است لذا فیزیوتراپی با دستور فیزیوتراپیست غیر قابل پرداخت است
- ۱۰- کاپروپراکتور امکان تجویز دستور فیزیوتراپی را نداشته ، لذا این گونه هزینه غیر قابل پرداخت می باشد
- ۱۱- ملاک پرداخت از نظر تاریخ انجام هزینه بایستی تاریخ شروع یا پایان دوره فیزیوتراپی باشد .
- ۱۲- اگر دوره انجام فیزیوتراپی در زمان اتمام قرارداد باشد تاریخ ریز جلسات بایستی ارائه شود بدین صورت هر تعداد جلسه ای که در بازه قرارداد میگیرد ، قابل پرداخت خواهد بود.
- ۱۳- لیزر پرتوان و همزمان با فیزیوتراپی قابل پرداخت نیست و معادل لیزر کم توان پرداخت می گردد .
- ۱۴- هزینه های مگنت تراپی ، شاک ویو ، گفتار درمانی ، کار درمانی ، لیزر پر توان در صورتیکه در شرایط بیمه نامه خریداری شده باشد قابل پرداخت خواهد بود .

دندان پزشکی :

ردیف	نوع خدمت	تعداد دندان	ضوابط مورد نیاز
۱	کشیدن دندان	کلیه دندان ها	بدون نیاز به عکس می باشد
۲	جراحی دندان	یک مورد یا بیشتر	گرافی (پانورکس) قبل نیاز است
۳	ترمیم دندان	پنج مورد یا بیشتر	گرافی (پانورکس) قبل و گرافی (پانورکس یا پری اپیکال) بعد نیاز است
۴	درمان پشه	یک مورد یا بیشتر	گرافی (پانورکس) قبل و گرافی (پانورکس یا پری اپیکال) بعد نیاز است
۵	جرم گیری و پروساز	کلیه دندان ها	بدون نیاز به عکس می باشد
۶	دست دندان یا پروتز متحرک (شامل دست دندان کامل یا پارسیل آکریل یا کرم کبالت)	کلیه دندان ها	گرافی (پانورکس) قبل و فتوگرافی از دست دندان (در داخل و خارج از دهان) بعد نیاز است
۷	افزایش طول تاج (فلپ)	کلیه دندان ها	فقط در دندان کاندید روکش قابل پرداخت می باشد
۸	پست و روکش دندان (پروتز ثابت)	دو مورد یا بیشتر	گرافی (پانورکس) قبل و گرافی (پانورکس یا پری اپیکال) بعد نیاز است
۹	نایت گارد	کلیه دندان ها	نیاز به دستور متخصص مبی بر لزوم استفاده و همچنین فتوگرافی از نایت گارد (در داخل و خارج دهان) نیاز است
۱۰	چسباندن و خارج کردن روکش های قدیمی	کلیه دندان ها	بدون نیاز به عکس می باشد
۱۱	دندان پزشکی اطفال زیر ۱۲ سال (به جز روکش و فضا نگه دارنده)	کلیه دندان ها	بدون نیاز به عکس می باشد
۱۲	دندان پزشکی اطفال زیر ۱۲ سال (فقط روکش و فضا نگه دارنده)	کلیه دندان ها	ترجیحاً گرافی (پانورکس) قبل و فتوگرافی بعد نیاز است
۱۳	ارتودنسی هر فک یا کامل	کلیه دندان ها	گرافی (پانورکس) و گرافی (سفالوگرام) و فتوگرافی قبل و گرافی (پانورکس) و فتوگرافی بعد نیاز است
۱۴	ایمپلنت	کلیه دندان ها	گرافی (پانورکس) قبل و گرافی (پانورکس یا پری اپیکال) بعد نیاز است
۱۵	پیوند و پودر استخوان	کلیه دندان ها	گرافی (CBCT) قبل نیاز است
۱۶	سینوس لیفت باز یا بسته	کلیه دندان ها	گرافی (CBCT) قبل نیاز است
۱۷	روکش ایمپلنت	کلیه دندان ها	گرافی (پانورکس) قبل و گرافی (پانورکس یا پری اپیکال) بعد نیاز است

(هزینه های دندان پزشکی

در صورتی که پوشش دندان پزشکی در قرارداد ارائه شده باشد مدارک مورد نیاز و نحوه محاسبه هزینه ها به شرح زیر می باشد:

۱- ارائه گواهی دندانپزشک معالج مبنی بر نوع اقدامات انجام شده و مهر دندانپزشک

۲-۲) درمان ایمپلنت شامل ۲ مرحله می باشد.

الف: جراحی و نسب فیکسچر

ب: نصب روکش متکی بر ایمپلنت هر مرحله از درمان که در تاریخ قرارداد انجام شده باشد قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱: قید نام بیمار و تاریخ بروی CBCT OPG و فتو گرافی الزامی است.

تبصره ۲: کلیه هزینه های مربوط به دندان پزشکی براساس تعرفه سندیکای بیمه گران ایران که هر ساله توسط اداره امور قراردادها در اختیار

ادارات، شعب و واحدهای پرداخت خسارت قرار می‌گیرد بررسی و محاسبه می‌گردد.

تبصره ۳: شرکت بیمه گر اختیار دارد در خصوص هریک از بیماران اگر نیاز به بررسی مجدد داشت دعوت به معاینه گردد.

تبصره ۴: اقدامات زیبایی (روکش های لمینت و ونیر کامپوزیت و پالایش و...) غیر قابل پرداخت می باشد

تبصره ۵: ارتودنسی و جراحی فک باید زیر ۱۴ سال باشد و در بیمه نامه ذکر گردیده باشد.

تبصره ۶: تمامی اقدامات باید در بازه قرارداد انجام گیرد و گرافی های لازمه نیز حتما در بازه قرارداد باشد.

تبصره ۷: تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی در تمامی بخش ها به صورت گلوبال (شامل حق الزحمه پزشک بیهوشی ، اتاق عمل، دارو و وسایل مصرفی ، پرستار و ...) می باشد

تبصره ۸: هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد .

تبصره ۹: خدمات بیهوشی صرفاً" برای گروههای ذیل قابل بررسی می باشد : کلیه معلولین ذهنی و جسمی و در موارد (phobia ترس ذهنی) و بیماران غیر همکار صرفاً برای سنین کمتر از ۷ سال (منظور از بیمار غیر همکار ، بیمارانی می باشند که با دندانپزشک همکاری نمی نمایند).

تبصره ۱۰: با توجه به انتقال بیمه شدگان در شرکت های بیمه ، جهت کنترل هزینه های ارتودنسی و ایمپلنت شرکت های بیمه گر ملزم به پاسخ استعلام انجام خدمات مذکور به سایر شرکت های بیمه گر درخواست کننده می باشند .

تبصره ۱۱: انجام همزمان خدمات سینوس لیفت با پودر و پیوند استخوان قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. زیرا در سینوس لیفت پیوند یا پودر استخوان انجام میپذیرد.

تبصره ۱۲: در تعرفه اطفال شامل ترمیم زیر S.S.C بوده و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد .

تبصره ۱۳: روکش پرسنل فقط در دندان های قدامی قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱۴: درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement و کف بندی قابل پرداخت نمی باشد

تبصره ۱۵: پیچ هیلینگ در حالت کلی و در جراحی های دو مرحله ای ایمپلنت نیز قابل پرداخت نمی باشد.

تبصره ۱۶: افزایش طول تاج همراه با فلپ صرفاً در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.

بخش دوم هزینه های بیمارستانی :

مدارک مورد نیاز جهت بررسی هزینه های بیمارستانی :

- ۱- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه شده اصلی و بیمار
- ۲- حکم کارگزینی یا قرارداد (در صورتیکه نام کارگاه در دفترچه بیمه گر اول بیمه شده اصلی قید نشده یا با نام بیمه گذار مغایرت داشته باش)
- ۳- صورتحساب بیمارستان (در صورت استفاده از بیمه گر پایه خارج از بیمارستان مهور به برابر اصل بیمه پایه به همراه گواهی پرداخت بیمه پایه و در غیر اینصورت ارائه اصل صورتحساب الزامی است.

- ۴- در صورت انجام جراحی، گواهی های مربوط به پزشک جراح ، کمک جراح ، بیهوشی و... (برگه ها ممهور به مهر پزشک معالج باشد).
- ۵- وجود گواهی پزشکان معالج و مشاور، برگه های ویزیت و مشاوره در پرونده الزامی می باشد .
- ۶- ریز دارو ، لوازم مصرفی و تجهیزات مصرفی اتاق عمل ، همچنین در صورت استفاده از لوازم خارجی در جراحی ، ارائه فاکتور خرید لوازم مصرف شده الزامی می باشد (در صورت مصرف اقلام مصرفی مجاز بالاتر از 2/000/000 ریال ارائه فاکتور خرید بیمارستان الزامیست
- ۷- ریز هزینه های رادیو گرافی ، آزمایش ، MRI، سی تی اسکن ، اکو ، تست ورزش ، سونوگرافی و ... به همراه گزارشات موارد مذکور .
- ۸- گواهی تعداد جلسات فیزیوتراپی ، تاریخ آنها و اقدامات انجام شده در هر جلسه .
- ۹- ارائه برگه شرح عمل جراحی
- ۱۰- ارائه برگه شرح حال و خلاصه پرونده
- ۱۱- در صورت جراحی سیتوپلاستی ارائه سی تی اسکن قبل از عمل جراحی که به تایید پزشک معتمد بیمه رسیده باشد
- ۱۲- در صورت انجام C&D کورتاژ ، ارائه سونوگرافی قبل از عمل و پاتولوژی بعد از عمل
- ۱۳- در صورت سقط جنین، ارائه سونوگرافی قبل از عمل که سقط جنین را دلالت کند و گواهی از مرجع قانونی مبنی بر لزوم سقط الزامی است، در غیر اینصورت غیر قانونی محسوب شده و غیر قابل پرداخت است .
- ۱۴- طبق نظر وزارت بهداشت و درمان ، بستن لوله های رحمی، واکتومی و... غیر قابل پرداخت است.
- ۱۵- هزینه درمان نازائی و ناباروری شامل اعمال جراحی ivf ، iui ، gift ، zift و میکروانجکشن میباشد.
- ۱۶- در صورت انجام جراحی واریس پا ارائه سونوگرافی قبل از عمل جراحی الزامیست .
- ۱۷- در صورت انجام جراحی های اکسیزیون یا برداشتن ضایعات یا بخشی از ارگان ها ارائه مستندات قبل از عمل جراحی و پاتولوژی بعد از عمل جراحی الزامیست .

نکته مهم: در صورت مراجعه بیمه شده به مراکز بیمارستانی غیر طرف قرارداد، پرداخت صورت حساب پس از مراجعه به بیمه گر پایه و مشخص شدن سهم ایشان و با ارائه رسید مالی سازمان بیمه گر پایه و کپی برابر اصل پرونده، میسر خواهد بود.

تذکرات مهم :

در موارد ذیل ، اخذ تاییدیه پزشک معتمد بیمه گر قبل از انجام عمل جراحی الزامی می باشد:

- جراحی بینی (مانند: آندوسکوپی، سینوس، سپتوپلاستی، شکستگی بینی به غیر از موارد اورژانس و...)
- جراحی فک بجز تومور و شکستگی خارج از تعهد است .
- بلوک های عصبی (در صورت ارائه گواهی بیهوشی و تخت روز بیمارستانی محسوب می گردد)
- جراحی معده بابت چاقی مفرط (بای پس معده و اسلیو)
- جراحی پلک (بلفاروپلاستی و بلفاروپتوز)
- جراحی یا لیزر واریس پا
- جراحی ترمیم فتق نافی یا شکمی (به غیر از موارد اورژانسی)
- ماموپلاستی
- لیپوساکشن ، آبدومینوپلاستی ، ژنیکوماستی
- لیزیک (بالای ۳ دیوپتر قابل بررسی می باشد)
- رینگ گذاری قرنیه

جراحی رینگ گذاری معده، باندینگ، و بالون معده خارج از تعهد است.

نکات مهم :

- ۱- ملاک عمل در پرداخت هزینه های بستری در مراکز غیر طرف قرارداد ، ارائه اصل کلیه مدارک توسط بیمه شده می باشد ، لذا در صورت ارائه فاکتور المثنی یا تصویر مدارک ، اسناد مربوطه عیناً عودت می گردد.
- ۲- ممهور نمودن گواهی پزشکان ، گزارشات ، ویزیت و مشاوره و سایر اسناد مربوطه توسط پزشکان الزامی می باشد .
- ۳- در صورت دریافت بخشی از هزینه های صورتحساب از سوی بیمه گر پایه ، ارسال تصویر یا تاییدیه مبلغ پرداختی از سوی سازمان بیمه گر پایه به انضمام تصویر برابر با اصل کلیه صفحات پرونده بیمارستانی الزامی می باشد .
- ۴- در صورت مخدوش بودن نام و نام خانوادگی بیمه شده و تاریخ بستری در صورتحساب یا سایر مدارک اسناد مذکور می بایست مجدداً توسط مرکز درمانی مربوطه تصحیح و ممهور گردد .
- ۵- مبلغ خالص پرداختی بیمار ، باید توسط مرکز درمانی مشخص گردد .
- ۶- در صورت استفاده بیمه شده از سهم یارانه ی سلامت در بیمارستان های دولتی ، هزینه درمانی صرفاً با ارائه رسید مرکز درمانی و تصویر شرح حال (عمل) قابل پرداخت می باشد.
- ۷- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه، با تکمیل فرم انصراف از سهم بیمه گر پایه هزینه پس از کسر مبلغی معادل سهم سازمان (حداقل ۳۰ درصد) قابل پرداخت می باشد.

***جبران هزینه های مربوط به عمل لیزیک و لازک شامل انواع جراحی چشم و رفع عیوب انکساری چشم بالای ۳ دیوپتر تا سقف ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال برای هر نفر امکان پذیر میباشد .

نکته مهم :

باتوجه به پذیرش نسخ الکترونیک و حذف فیزیکی دفترچه بیمه گران پایه از ابتدای اسفند ماه سال جاری بدینوسیله شرایط دریافت اسناد مستقیم سرپایی به سه حالت زیر اعلام می گردد :

الف) در حالتی که نسخه الکترونیک صادر شده است :

۱. اخذ نسخه الکترونیک

۲. اخذ رسید پوز بانکی با هر مبلغ

۳. اخذ کپی کارت ملی بیمه شده

۴. اخذ کد رهگیری پیامک شده برای بیمه شده و درج در اوراق هزینه

۵. ضمائم متعارف مثل گزارش سی تی اسکن و... (طبق روش متعارف)

ب) در حالتی که نسخه الکترونیک صادر نشده و در نسخه آزاد تجویز گردیده است :

۱. اصل برگ نسخه (سر نسخه پزشک / مرجع درمانی)

۲. رسید پوز بانکی جهت مبالغ بالای ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال (در مواردی که هزینه زیر ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد اخذ رسید پرداخت مرجع درمانی کفایت می کند)

۳. در مورد نسخ پاراکلینیک (فیزیوتراپی ، آزمایش ، تصویربرداری و دارو) می بایست فاکتور از سامانه مراجع فوق (نرم افزار مرجع) ممهور به مهر مرجع صادر گردد .

۴. اخذ کپی کارت ملی بیمه شده

۵. ضمائم متعارف مثل گزارش سی تی اسکن و... (طبق روش متعارف)

ج) در حالتی که نسخه الکترونیک صادر نشده و از باقیمانده دفترچه درمانی استفاده شده است :

۱. اخذ برگ دوم دفترچه بیمه گر پایه

۲. اخذ کپی صفحه مشخصات دفترچه بیمه گر پایه

۳. اخذ رسید پوز بانکی جهت مبالغ بالای ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال

۴. در مورد نسخ پاراکلینیک (فیزیوتراپی ، آزمایش ، تصویربرداری و دارو) می بایست فاکتور از سامانه مرجع درمانی (نرم افزار مرجع) ممهور به مهر مرجع صادر گردد .

۵. ضمائم متعارف مثل گزارش سی تی اسکن و... (طبق روش متعارف)

**کلیه هزینه های درمانی اعم از پاراکلینیکی و بیمارستانی مطابق کتاب ارزش های نسبی
و بالاترین تعرفه بخش خصوصی محاسبه و پرداخت می گردد.**

تعهدات طرح : درمان تکمیلی گروهی (طرح عادی)

بیمه نامه شماره :

الحاقیه شماره : ۰

تعهدات طرح:

حداکثر تعهدات سالیانه	شرح تعهدات بیمه گر	حداکثر تعهدات سالانه	درصد فرانشیز	حداکثر فرانشیز
۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود Day Care جبران هزینه های بستری ، جراحی و	۰	۲۰	۰
۳۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دور بینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد	۰	۲۰	۰
۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی – درمانی طبق دستور پزشک معالج (داخل شهری)	۰	۲۰	۰
۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی – درمانی طبق دستور پزشک معالج (بین شهری)	۰	۲۰	۰
۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های شیمی درمانی ، رادیوتراپی ، اعمال جراحی مرتبط با سرطان ، قلب ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک و ستون فقرات ، گامانایف ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخلی مغز. (با احتساب ردیف ۱)	۰	۲۰	۰
۳۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های پاراکلینیکی (۱) شامل انواع رادیوگرافی ، آنژیوگرافی عروق محیطی ، آنژیوگرافی چشم ، سونوگرافی ، ماموگرافی و انواع اسکن ، ام آرآی ، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ) ، دانسیتومتری	۰	۲۰	۰
۱۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های پاراکلینیکی (۲) شامل انواع آندوسکوپی ، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع EECF ، الکتروکاردیوگرافی ، انواع اکوکاردیوگرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز پیس میکر خدمات تشخیصی الکترو میلوگرافی و ، (PFT اسپرومتری و) تیلت تست ، خدمات تشخیصی تنفسی شامل خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار) ، (EEG) الکترو انسفالوگرافی ، (NCV EMG) هدایت عصبی مثانه) ، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری ، پریمتری ، بیومتری و پنتاکم ، شنوایی سنتی (انواع ادیومتری)	۰	۲۰	۰
۱۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن و لپپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثناء زیبایی)	۰	۲۰	۰
۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر تعهدات گروه بستری ، اعمال جراحی تخصصی و آمبولانس ها	۰	۲۰	۰
۷۵,۰۰۰,۰۰۰	Ivf میکرواینجکشن و Zift، Gift، IUI جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط	۰	۲۰	۰
۱۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی (به استثناء چکاپ)، تست های آلرژیک	۰	۲۰	۰
۱۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به کلیه خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه (به استثناء اعمال زیبایی)	۰	۲۰	۰
۴,۵۰۰,۰۰۰	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست	۰	۲۰	۰
۷۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۰	۲۰	۰
۷۵,۰۰۰,۰۰۰	زایمان – طبیعی	۰	۲۰	۰
۷۵,۰۰۰,۰۰۰	زایمان – سزارین	۰	۲۰	۰
۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر تعهدات گروه بستری و آمبولانس ها	۰	۲۰	۰
۵,۰۰۰,۰۰۰	آمبولانس بین شهری و درون شهری	۰	۲۰	۰
۱۲,۰۰۰,۰۰۰	ویزیت	۰	۲۰	۰

دارو	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۰	۲۰	۰
خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۰	۲۰	۰
حداکثر تعهدات گروه هزینه های ویزیت و دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً "مازاد برسهام بیمه گر اول) و خدمات اورژانس درموارد غیربستری	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۰	۲۰	۰
داروی خاص - سایر بیمارستانی	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۲۰	۰
حداکثر تعهدات سالیانه بیمه گر	۶۳۶,۵۰۰,۰۰۰	۰		

سایر پوشش ها

ردیف	بیماری	تحت پوشش	سرمایه هر بیمه شده اصلی به ریال	سرمایه هر بیمه شده فرعی به ریال	سرمایه هر خانواده به ریال	سقف هر مورد خسارت به ریال	درصد فرانشیز	حداکثر مبلغ فرانشیز	... سال یکبار
۱	حجامت	اعمال جراحی مجاز سرپایی	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰	۲۰	۰	۱
۲	خدمات فیزیوتراپی	انواع خدمات آزمایشگاهی (به استثناء چکاپ)، تست های آلرژیک	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰	۲۰	۰	۱

حق بیمه ماهانه هر نفر: ۵۲۲,۹۳۶	حق بیمه سالیانه هر نفر: ۶,۲۷۵,۲۳۲
جمع کل حق بیمه سالیانه:	

استثنائات :

--

تعهدات طرح : درمان تکمیلی گروهی (طرح ویژه)

بیمه نامه شماره :

الحاقیه شماره : ۰

تعهدات طرح:

شرح تعهدات بیمه گر	حداکثر تعهدات سالیانه		درصد فرانشیز	حداکثر فرانشیز
	خانواده	نفر		
در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود Day Care جبران هزینه های بستری ، جراحی و	۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰	۰
جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دور بینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد	۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰	۰
جبران هزینه های آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی – درمانی طبق دستور پزشک معالج (داخل شهری)	۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰	۰
جبران هزینه های آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی – درمانی طبق دستور پزشک معالج (بین شهری)	۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰	۰
جبران هزینه های شیمی درمانی ، رادیوتراپی ، اعمال جراحی مرتبط با سرطان ، قلب ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک و ستون فقرات ، گامانایف ، پیوند ریه ، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخلی مغز. (با احتساب ردیف ۱)	۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰	۰
، جبران هزینه های پاراکلینیکی (۱) شامل انواع رادیوگرافی ، آنژیوگرافی عروق محیطی ، آنژیوگرافی چشم ، سونوگرافی ، ماموگرافی و انواع اسکن ، ام آرآی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ) ، دانسیتومتری	۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰	۰
جبران هزینه های پاراکلینیکی (۲) شامل انواع آندوسکوپی ، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع EECp ، الکتروکاردیوگرافی ، انواع اکوکاردیوگرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز پیس میکر خدمات تشخیصی الکترو میلوگرافی و ، (PFT اسپرومتری و) تیلت تست ، خدمات تشخیصی تنفسی شامل خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار) ، (EEG) الکترو انسفالوگرافی ، (NCV EMG) هدایت عصبی مثانه) ، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری ، پریمتری ، بیومتری و پنتاکم ، شنوایی سنتی (انواع ادیومتری)	۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰	۰
جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن و لپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثناء زیبایی)	۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰	۰
حداکثر تعهدات گروه بستری ، اعمال جراحی تخصصی و آمبولانس ها	۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰	۰
Ivf میکرواینجکشن و Zift، Gift، IUI جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط	۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰	۰
جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی (به استثناء چکاپ)، تست های آلرژیک	۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰	۰
جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به کلیه خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه (به استثناء اعمال زیبایی)	۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰	۰
جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست	۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	۲۰	۰
جبران هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰	۰
زایمان – طبیعی	۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰	۰
زایمان – سزارین	۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰	۰
حداکثر تعهدات گروه بستری و آمبولانس ها	۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰	۰
آمبولانس بین شهری و درون شهری	۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰	۰
ویزیت	۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰	۰

دارو	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۰	۲۰	۰
خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۰	۲۰	۰
حداکثر تعهدات گروه هزینه های ویزیت و دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً" مازاد برسهام بیمه گر. اول) و خدمات اورژانس درموارد غیربستری	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۰	۲۰	۰
داروی خاص - سایر بیمارستانی	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۲۰	۰
حداکثر تعهدات سالیانه بیمه گر	۱,۳۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۰		

سایر پوشش ها

ردیف	بیماری	تحت پوشش	سرمایه هر بیمه شده اصلی به ریال	سرمایه هر بیمه شده فرعی به ریال	سرمایه هر خانواده به ریال	سقف هر مورد خسارت به ریال	درصد فرانشیز	حداکثر مبلغ فرانشیز	... سال یکبار
۱	حجامت	اعمال جراحی مجاز سرپایی	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰	۲۰	۰	۱
۲	خدمات فیزیوتراپی	انواع خدمات آزمایشگاهی (به استثناء چکاپ)، تست های آلرژیک	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰	۲۰	۰	۱
حق بیمه ماهانه هر نفر: ۸۰۷,۳۴۰									
حق بیمه سالیانه هر نفر: ۹,۶۸۸,۰۸۰									
جمع کل حق بیمه سالیانه :									

استثنائات :

--