

شماره:  
تاریخ:  
پیوست:

### ماده ۵ - تعهدات بیمه گر:

بیمه گر در ازاء انجام تعهدات بیمه گزار متعهد است هزینه تشخیصی - درمانی بیمه شدگان را مطابق شرایط ذیل جبران نماید.

ردیف	سقف تعهدات بیمه گر	تعهد برای	نفر	سقف تعهد
تعهد برای	نفر	بیمه گر		
۱	جبران هزینه‌های بستری، جراحی، شبیمی درمان (اعم از بستری، سرپایی و هزینه‌های دارویی و ویزیت)، رادیوتراپی، دیسک ستون فقرات، لایپراسکوپی، انواع سنگ شکن، آنژیوگرافی قلب، آنژیو اسکن قلب، اقدامات اینترنشنال، سیتی آنژیو قلب، بیماری‌های اعصاب و روان (بجز بیماری‌های سایکوتیک)، سایر اعمال جراحی عمومی و درمان طبی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day Care، اختلال خواب، لیزر PDT، اختلال خواب، لیزر درمانی و کورتاژ تشخیصی درمان.	بدون سقف	*	
۲	جبران هزینه‌های اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، قلب (بجز موارد اعلامی در ردیف یک)، ریه، کبد، کلیه و مغز استخوان، قرنیه، ویترکتومی، دکولمان رتین، گامانایف، جبران هزینه‌های داروهای خاص (تالاسمی، هموفیلی، دیالیز، بیماران ام اس و سایر بیماری‌های صعب العلاج).	بدون سقف	*	
۳	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سازارین و کورتاژ تشخیصی درمانی.	بدون سقف	*	
۴	جبران هزینه درمان نازایی و نایاروری شامل اعمال جراحی مرتبه (اعم از دارویی و بیمارستانی)، تشخیص درمانی IUI، Gift.Zift و ... .	بدون سقف	*	
۵	جبران هزینه انواع سونوگرافی (از جمله سونوگرافی های غربالگری و تشخیصی بارداری و ...)، ماموگرافی، انواع اسکن و سیتی اسکن (از جمله اسکن سه بعدی دندان BT و ...)، انواع آندوسکوپی، انواع ام آر آی، ام آر آنژیو، ام آر کلائزیو، آنژیو اسکن قلب، فیبرو اسکن، پت اسکن، اکو از طریق مri، آندو سونوگرافی، پرو کامامید، آی وی پی، تست ژنتیک، گوته، آینینو سنتز، بررسی مجاری ادراری، انواع رادیولوژی، انواع رادیو گرافی (از جمله رادیو گرافی دندان و ...)، اکو کاردیوگرافی، استرس اکو، اکو داپلر مغز، انواع تست، تست تعادل، تست ورزش، نوار گوش، نوار عضله، نوار مغز، نوار قلب، نوار قلب جنبن، تست گواراش، آنژیو گرافی (به غیر از قلب و عروق)، تست BIA ترکیبات بدن، تست NST، طب سوزنی، تست تنفسی (اسپیرو متري، بادی باکس، متابولین، DELCO.PFT و ...)، تست آرژی، دانسینیومتری، درفتگی، سنجش تراکم استخوان، شناوری سنجی (اوڈیومتری، تمپانومتری، SRT، SD و ...)، آزمایش‌های هسته ای، پاکیمتری، مانومتری، پاپ اسمیر (تست سرطان)، لیزر تراپی، PRP، کشیدن ناخن، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستومتر یا ...)، هولتر مانیتورینگ فشار قلب، هولتر مانیتورینگ فشار قلب، اکو چشم، سیتو آنژیو دو چشم، اوپتومتری، اندازه گیری قرینه چشم (IOLM)، انواع تزریق (تزریق داخل مفصل، تزریق داخل ضایعه و ...)، کوتر، شستشوی گوش و مده، خارج کردن جسم خارجی، پریمتری، اکو اسکن، OCT، توپوگرافی، آستوگرافی، BELCO، پنتاکم، SMART PLUG، ORB SCAN، ICG، FNDOSKOPO، کانفو اسکن، انتروپیون، تعیین میزان بینایی و بررسی عصب بینایی، گذاشت و خروج IUD، طب مکمل و تست گوارش، تیلت تست، وصل سرم در درمانگاه، FALL و اسکیناسیون، اروتز و پروتز، سمعک، کفش طبی، کمربند طبی و امثال آن، سرم تراپی، تزریقات وربی و عضلاتی، نوار گوش، انواع رزکسیون، اوزون تراپی، اسکن کف پا و موارد پیشیبینی نشده و ...	بدون سقف	*	
۶	جبران هزینه‌های انواع خدمات آزمایش‌های تشخیصی پزشکی (آزمایش ژنتیکی و غربالگری و پاتولوژی و آسیب شناسی و آزمایش تشخیصی پزشکی و ...).	بدون سقف	*	
۷	جبران هزینه‌های باراکلینیکی گروه پنج شامل : فیزیوتراپی (PT)، اقدامات توانبخشی (از جمله گفتار درمانی(ST) و صوت درمانی و کار درمانی(OT) و ...)، کایروپراکتیک.	بدون سقف	*	
۸	جبران هزینه‌های اعمال مجاز سرپائی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ گیری و باز کردن گچ، پانسمان، برداشتن میخجه و زیگل، ختنه، بخیه و کشیدن بخیه، کرایوتراپی، اکسیزیون لیبیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و آبسه و لیزردمانی و حجامت) فهرست اعمال غیر مجاز در مطب پیوست ۱ می باشد.	بدون سقف	*	
۹	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیکی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دبوپتر یا بیشتر باشد.	بدون سقف	*	
۱۰	جبران هزینه‌های ویزیت و مشاوره (کلیه گروه‌های پزشکی و پیراپزشکی عضو سازمان نظام پزشکی و مشاوره روانشناسی عضو سازمان نظام مشاوره و روانشناسی)، جبران هزینه‌های دارو طبق نظر پزشک معالج، اعم از داخلی و خارجی حتی ویتمانیها مانند آهن، ویتامین D و مانند آنها با تجویز پزشک معالج و داروهای پوستی که جنبه درمانی دارد و همچنین داروهای فاقد پوشنش بیمه پایه و داروهای گیاهی (کلیه داروهای گیاهی تحت پوشنش می باشد) و کلیه اقدامات و خدمات اورژانس دندانپزشکی (کشیدن دندان، جراحی لثه، جرمگیری، ترمیم و پر کردن، درمان ریشه و روش، ایمپلنت، سست دندان مصنوعی، ارتودنسی و سایر خدمات ذکر شده در لیست خدمات دندانپزشکی سندیکای بیمه گران)	بدون سقف	*	
۱۱	جبران هزینه مربوط به خردی عینک طبی (با فریم و یا بدون فریم) یا لنز تماس طبی صرفا با تجویز چشم پزشک	۲۵۰,۰۰۰	*	
۱۲	جبران هزینه آمولانز و سایر فورتی های پزشکی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی و بالکس، بدون قیاز به بستری و فوتی نیز شامل خواهد بود.	۷۵,۰۰۰	*	
۱۳	جبران هزینه آمولانز و سایر فورتی های پزشکی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی و بالکس، بدون قیاز به بستری و فوتی نیز شامل خواهد بود.	بدون سقف	*	

مجمع شرکت توسعه پترو ایران کیش

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان ۱۵، پلاک ۲- کد پستی ۱۵۱۷۸۹۱۱۹۷





شماره:

تاریخ:

پیوست:

### پیوست یک : فهرست اعمال غیر مجاز در مطب

۱	القای بیهوشی عمومی یا بیحسی نخاعی ( به استثناء آرام بخشی تزریقی در موارد مجاز مندرج در شناسنامه و استاندارد ارائه خدمت مورد تایید وزارت بهداشت)
۲	انجام الکتروشوک درمانی (ECT)
۳	اعمالی که برای اجرای آن باز کردن حفره شکمی و صفاق الزامی باشد (من جمله انواع فتق ها)
۴	هر عملی که برای انجام آن نیاز به بریدن یا ترمیم فاسیای شکم یا لگن باشد.
۵	هرگونه اعمال جراحی باز روی استخوانهای بدن به جز "دبریدمان استخوان" و "خارج کردن پین" و "خارج کردن اکسترناל فیکساتور" و جراحی های مجاز بر روی استخوان فکین از طریق برشهای مخاطی"
۶	جراحیهای ترمیم عروق بزرگ، جراحی های ترمیم اعصاب بزرگ، جراحی های ترمیم کلیه تاندونها (به جز تاندونهای اکستانتسور پشت دست Hand و روی پا Foot)
۷	جراحی سندروم تونل کارپال
۸	وارد کردن و خارج کردن هر نوع بروتزر (منجمله بروتزر سینه) در هر جای بدن
۹	تخلیه بافت چربی زیر جلدی در هر نقطه ای از بدن و با هر تجهیزات اعم از ساکشن، لیزر، ویزر، اولتراسوند و PAL به جز برداشتن چربی در حجم زیر ۱۰۰ سی سی توسط سرنگ جهت استفاده به عنوان فیلر
۱۰	ابدومینوپلاستی ، برآکیوپلاستی ، ماموپلاستی
۱۱	تزریق چربی به هر شکلی در ناحیه سرینی و سینه
۱۲	اعمال جراحی عیوب انکساری با هر روشی منجمله لیزر
۱۳	اعمال جراحی بر روی کره چشم منجمله کراس لینک ( به استثنای تزریق هوا در اطاق قدامی، تپ اطاق قدامی، برداشتن اجسام خارجی سطحی و ناخنک )
۱۴	اعمال جراحی روی پلک که نیازمند برش و دسترسی از طریق ملتحمه باشد ( به استثناء شالازیون )
۱۵	هر عملی در ناحیه گردن که برای انجام آن نفوذ به زیر پلاتیسمما لازم باشد .
۱۶	بیوپسی ترنس رکتال پروستات، کلیه، انساج داخل تراشه، برونش ها، روده ها، مثانه، کبد، و طحال
۱۷	اعمال جراحی وسیع گوش خارجی شامل لاله و کانال گوش میانی و گوش داخلی
۱۸	تزریق هر گونه فرآورده خونی تهیه شده در بانک خون
۱۹	جراحی پرینورافی
۲۰	ترمیم جراحی رکتوسل و سیستوسل
۲۱	هر نوع زایمان
۲۲	هر نوع سقط جنین
۲۳	اعمال جراحی که مستلزم باز کردن قفسه صدری است .
۲۴	برونکوسکوپی ، لارنگوسکوپی مستقیم، لاپاراسکوپی و هیستروسکوپی ( به استثناء OFFICE HYSTEROSCOPY )



شرکت توسعه پرداز ایران کیش



## قرارداد

شماره:

تاریخ:

بیوست:

۲۵	کلیه اعمال جراحی روی استخوان های فک و صورت که نیازمند انسزیون های پوستی باشد.
۲۶	اعمال جراحی روی غدد بزاوی که نیازمند انسزیون های پوستی است.
۲۷	جراحی روی سپتوم بینی و توربینیت ها
۲۸	هر نوع رینوپلاستی یا سپتوپلاستی به جزء اصلاحات جزیی پس از جراحی اصلی صرفا بر روی بافت نرم Alae NASI
۲۹	اعمال جراحی روی سینوسهای پارانازال که نیاز به دسترسی از طریق پوست یا بینی یا انسزیون های خارج دهانی دارد.
۳۰	ترمیم اولیه شکاف لب و کام
۳۱	اعمال جراحی رزکسیون فکی که یکپارچگی فک را از بین می برد.
۳۲	رزکسیون و بیوپسی ضایعات عروقی
۳۳	هر نوع رزکسیون زبان
۳۴	فلپ های پوستی بیش از ۵ سانتی متر و کلیه فلپهای عضلانی ناحیه صورت
۳۵	برداشت ضایعات خطی و اسکار و جراحی های سطحی ناحیه صورت که نیازمند برش بیشتر از ۵ سانتی متر باشد.
۳۶	جراحی های شکستگی فکین و صورت که جهت جا اندازی یا فیکساسیون نیازمند دسترسی باز باشد.
۳۷	اعمال جراحی و تخریب ضایعات وسیع که باعث درگیری اندام های مجاور دهان می شود و درمان آن نیاز به جراحی ترکیبی در فضاهای مجاور دارد.
۳۸	اعمال جراحی بازسازی استخوان های فک و صورت که نیازمند تهیه گرافت از منابع خارج دهانی است.
۳۹	انواع استئوتومی لفوت اعم از تووال یا سگمنتال که Base فک بالا را در بر می گیرد.
۴۰	انواع استئوتومی های فک تحتانی جهت اعمال ارتوگнатیک
۴۱	اعمال جراحی های ناحیه TMJ و کندیل که نیازمند دسترسی باز داخل یا خارج دهانی باشد اعم از آرتروپلاستی باز، کنديلکتومی
۴۲	انجام جراحی در ناحیه پوست صورت که نیازمند برش فاسیای سطحی (SMAS) باشد.
۴۳	انجام لیفت ابرو به روش غیرمستقیم که نیازمند Dissection باشد.
۴۴	ترمیم بارگی و laceration های صورت که نیاز به بررسی عملکرد مجاری غدد بزاوی یا ترمیم اعصاب یا عروق دارد.
۴۵	نصب دیستراکتور خارج دهانی
۴۶	برداشت اتوگرافت از منابع داخل دهانی به میزان حجم بالای ۳ میلی لیتر



شرکت توسعه پژوهی ایران گلش



قرارداد



شماره:  
تاریخ:  
پیوست:

## پیوست ۲

### مستندات و مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفینامه و دریافت خسارتهای مستقیم (متفرقه) حسب تعهدات بخش خصوصی قرارداد

مقدمه: چنانچه خدمتی در بخش خصوصی بیمه نامه و یا الحاقیه توافق نگردیده باشد، مدارک و مستندات مورد نیاز اعلامی در بند ۱۲ به شرح ذیل تعهدی را جهت ارائه خدمات متوجه بیمه گر نخواهد نمود.

#### (۱)-مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفینامه بصورت آنلاین :

فرایند کاری این سامانه به گونه ای برنامه ریزی شده که بیمه شده می تواند در تمام ساعات شبانه روز و ایام هفته در سراسر کشور، کلیه مراحل اجرائی از تایید برگه بستره، احراز هویت تا صدور معرفینامه را به صورت آنلاین و فقط ظرف چند دقیقه با ارائه کارت ملی و گواهی پزشک انجام داده و دیگر نیازی به مراجعه حضوری بیمه شده به شرکت بیمه گرنمی باشد.

#### (۲)-مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفینامه بصورت مراجعه به شب بیمه دانا :

- کارت ملی
- گواهی پزشک معالج مبني بر ذکر نوع بیماری و تشخیص اولیه ، نام مرکز پزشکی مورد نظر و تاریخ دقیق بستره.
- اصل شناسنامه فرزندان اناث بالای ۱۷ سال ( کنترل عدم تأهل )

(۳)-بیمه شدگان قبل از بستره و انجام اعمال ذیل می بايست توسط پزشک معتمد شرکت بیمه گر معاینه گردند در غیر اینصورت بیمه گر تعهدی در جهت جبران خدمات ذیل نخواهد داشت.

۳-۱-جراحی های انحراف بینی (سپتوپلاستی)

۳-۲-رفع عیوب انکساری چشم مانند لازک ، لیزیک و PRK و ...

۳-۳-ماموپلاستی کاهنده

۴-۳-کلیه اعمال جراحی که جهت کاهش وزن مانند اسلیو و بای پس انجام می گردد.





شماره:  
تاریخ:  
پیوست:

۳-۵-بلفاروپلاستی یا افتادگی پلک

۳-۶-استرابیسم (انحراف چشم)

۳-۷-فتق (هرنی) شکمی

۳-۸-ارتودنسی

۳-۹-ژنیکوماستی

#### (۴) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت صورتحساب بیمارستانی :

۱-۴-اصل یا تصویر (با رعایت تبصره ۱ ذیل بند ۱۰-۴) صورتحسابهای بیمارستانی ممکن است به مهر بیمارستان که در آن هزینه تخت روز(هتلینگ)، اتاق عمل ، همراه ، دارو، آزمایش ، لوازم مصرفی ، و تشکیل پرونده درج گردیده است.

۲-۴-اصل یا تصویر صورتحساب پزشکان ممکن است به مهر بیمارستان که در آن حق العمل جراح ، کمک جراح ، بیهوشی ، مشاوره و ویزیت درج گردیده است.

۳-۴-اصل یا تصویر گواهی پزشک معالج (در خصوص موارد جراحی الزاماً شرح عمل جراحی).

۴-۴-اصل یا تصویر گواهی سایر پزشکان معالج و مشاوره.

۴-۵-اصل یا تصویر گواهی بیهوشی یا برگه بیهوشی اتاق عمل.

۴-۶-اصل یا تصویر ریز یا قبوض آزمایشات ، رادیولوژی و ....

۴-۷-اصل یا تصویر نسخ داروئی ، ریز لوازم مصرفی ، فاکتور پروتزا (ممکن است به مهر جراح ، اتاق عمل مبنی بر استفاده پروتزا)

۴-۸-اصل یا تصویر برگه سیر بیماری و یا order دارویی جهت تعیین دقیق تعداد ویزیت.

۴-۹-در صورت انجام رادیوتراپی اصل یا تصویر صورتحساب مرکز ممکن است به مهر پزشک معالج و به همراه کارت درمان که شامل تعداد جلسات انجام رادیوتراپی، تعداد فیلدهای درمانی و نوع فیلدها.

➢ تبصره ۱: تصاویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده در بند ۴-۲-۴ الی ۴-۱۰ قسمت الف صرفًا در موارد دریافت سهم سایر سازمانها از جمله تصویر چک برابر اصل شده یا فیش واریزی آن سازمان معتبر می باشد. در غیر این صورت باید اصل مدارک دریافت گردد. (در خصوص ریز دارو ، آزمایش، گزارشها و ..... دریافت تصویر بلامانع است).





قارداد

بیان  
مطمئن و توانا  
۱۳۵۳

شماره:  
تاریخ:  
پیوست:

تبصره ۲: اصل صور تحسسیها یا تصاویر آن می‌بایست بدون خدشه (لاک گرفتگی، خط خوردگی و ...) باشد و در صورت وجود اینگونه موارد می‌بایست توسط حسابداری بیمارستان یا مراکز انجام دهنده خدمات تصحیح و ممکن به مهر و امضا گردد.

۴-۱۰ ارائه گزارش ادیومتری بابت جراحی تمپانوماستوئیدکتومی با بازسازی زنجیره استخوانی گوش میانی  
۴-۱۱ ارائه گزارش CT SCAN بابت آندوسکوپی سینوسهای پارانزاال.

۵) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه پاراکلینیکی و سربائی:

## ٥-١- اصل قبض یہداختی

۵-۲-تصویر گزارش (Report) خدمات پاراکلینیکی و برگه درخواست پزشک معالج ممهور به مهر نظام پزشکی . (در صورت عدم استفاده از سامانه نسخ الکترونیک )

تبصره ۱: در خصوص هزینه های دارای کلیشه (مانند: سی تی اسکن، ام آر آی و... رویت کلیشه و درج آن در قبض پرداختی توسط پزشک معتمد شعبه کفایت می کند).

تبصره ۲: در صورتیکه که بیمار از مراکز طرف قرارداد بیمه پایه استفاده نموده و سهم بیمه پایه نیز از کل صورتحساب کسر گردیده باشد مدارک درمانی پس از کسر هزینه های خارج از تعهد بدون کسر فرانشیز قابل پردازی و پرداخت می باشد.

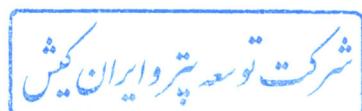
<sup>(۶)</sup> مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و یزداخت هزینه عنک (در صورت تعهد در بخش خصوصی سمه نامه و یا الحاقیه)

#### ٦- اصل فاكتور معتبر عینک فر و شر

-۶-نخست عینک که حاوی نمره و شماره چشم و ممیزو به مهر متخصص چشم بیشک با این مومنت بست باشد.

۳-۶-در موارد خاص حسب ضرورت معاینه بیمه شدگان در محل شعیه ارائه دهنده خدمات با هماهنگ، بمه گزار.

نبصره: پرینت تعیین نمره چشم بیمار توسط پزشک و اپتومتریست با قید مشخصات بیمار ( تاریخ ، نام بیمار و مهر پزشک )  
مورد تائید قرار گیرد.





## شماره:

## تاریخ:

## پیوست:

۷) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه دندانپزشکی:

<sup>۷-۱</sup>-اصل، نسخه دندانیزشک ممکن است که مهر دندانیزشک و خدمات انجام شده به تفکیک به همراه شماره دندان (در صورت

تعهد در بخش خصوصی ییمه نامه و یا الحاقیه)

۷-۳-۲-الصاق مدارک و گرفتهای مورد نیاز و یا در صورت نیاز به تأیید یا معاینه توسط دندانپزشک معتمد بینمه گر باست خدمات

له شرح ذيل (در صورت تعهد در بخش خصوصی بیمه نامه و یا الحاقیه)

**ارتدونسی:** ارائه رادیوگرافی های پانورکس ولترال سفالومتری ، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت ، و ارائه فوتوگرافی با معاینه بیمار بعد از چسباندن برآکت ها و تحویل پلاک

**آمیلنت:** ارائه رادیوگرافی پانورکسی قبیل ورادیوگرافی بعد از درمان

**فضا نگهدارنده اطفال:** معاينه بيمار، يا ارائه فوتوگراف، بعد از درمان

**وکش استیل**: معاینه بساد، با ارائه فوتوگرافی، بعد از درمان

**بیست و سختگی:** ارائه رای بیوگرافی، بعد از درمان

**دوكش** : براي دو واحد با يشتت ادائه يانوه، کس، قبا، و فوتهگ افه، بعد از ده ماه

نات گا، د : ا، ائه فه ته گ افه، بس، از د، مان

**بر و قبه ها** = باد سیل ها : ۱- م- اکنٹر فر قه، ۲- داد: معابنه بسما، قبا، آذ، دامان، و معابنه با، آئه، فه تو مگ اف، بعد از دادمان، ۳- خسارت،

#### **متفرقه: معاينه سما، بس، از درمان**

در مان و شه : ادیو گرافی، قیا و بعد از خدمت

**ترمیم:** جهت ترمیم ۵ پاییش از ۵ دندان ارسال پانور کس، قبیل و رادیوگرافی، بعد

#### جراحی های لثه: گرافی، قلی از درمان

**جراحی نهفته در نسخ فرم و سخت: ارسال رادیوگرافی، قیل از درمان**



## شرکت توسعه پژوهی ایران گیش



سازمان امنیت ملی  
سازمان امنیت ملی



شماره:

تاریخ:

پیوست:

#### (۸) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه ویزیت (در صورت تعهد در بخش خصوصی بیمه نامه و یا الحاقیه)

۱-۱-درج مبلغ ویزیت درج شده در سر نسخه پزشک ممهور به مهر پزشک ، تاریخ و نام بیمار

۱-۲-در صورت استفاده از دفترچه درج مبلغ ویزیت و امضا و مهر پزشک در پشت نسخه دفترچه الزامی است.

#### (۹) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه های فیزیوتراپی:

۹-۱-فاکتور هزینه پرداختی طبق جلسات فیزیوتراپی

۹-۲-دستور پزشک متخصص معالج ( جراح ارتودپ و یا متخصص مغز و اعصاب ) با ذکر تعداد جلسات و ناحیه مورد فیزیوتراپی . ( در صورت عدم استفاده از سامانه نسخ الکترونیک )

۹-۳-تایید انجام تعداد جلسات فیزیوتراپی که توسط فیزیوتراپیست امضاء و ممهور به مهر گردیده است .  
تبصره : پرداخت هزینه فیزیوتراپی برای هر ناحیه تا ۱۰ جلسه قابل پرداخت میباشد . پرداخت هزینه فیزیوتراپی بیش از ۱۰ جلسه و یک ناحیه به بالا میباشد قبل از اقدام به انجام فیزیوتراپی با همراه داشتن مدارک مثبته ( به شرح فوق ) به تأیید پزشک معتمد شرکت بیمه دانا رسانده و پس از تایید ایشان مورد محاسبه و در وجه بیمه شده پرداخت گردد .

#### (۱۰) مستندات لازم جهت بررسی و پرداخت اسناد جراحی های مجاز سرپایی :

۱۰-۱-اکسیزیون ضایعات و لیپوم : گواهی پزشک معالج مبنی بر اندازه ، محل ضایعه و کپی جواب پاتولوژی ارائه گردد .

۱۰-۲-بخیه : اندازه ، میزان و یا عمق پارگی ، محل آناتومیکی دقیق آن و یا تعداد بخیه های انجام شده با تأیید پزشک معالج

۱۰-۳-شکستگی و گج گیری : گرافی مربوطه ، نوع شکستگی ، محل شکستگی و نوع گج گیری توسط پزشک معالج گواهی گردد . هزینه وسائل مصرفی ، گج ، ویبریل و باند بر اساس فاکتور خرید معتبر قبل پرداخت میباشد .

۱۰-۴-کرایو و لیزر : تعداد ضایعه ، محل آنها و نوع آنها توسط پزشک گواهی گردد ، مواردی که جنبه زیبائی دارد در تعهد نمی باشد در مورد لیزر چشم گواهی پزشک معالج و کپی گزارش ارسال گردد .

۱۰-۵-تخلیه کیست یا درناز : اندازه ، محل آناتومیکی و درصورت زیاد بودن تعداد آن و در صورت احتمال ارسال به پاتولوژی کپی جواب آن ارسال گردد .





شماره:  
تاریخ:  
پیوست:

(۱) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و برداخت هزینه سمعک (در صورت تعهد در بخش خصوصی بیمه نامه و یا الحاقیه)

- ۱-۱۱- دستور پزشک متخصص ENT(گوش، حلق و بینی )
  - ۲-۱۱- نوارگوش و ادیومتری (ارائه شنواهی سنجی با کاهش حداقل ۳۰ دسی بل در شنواهی ضروری است )
  - ۳-۱۱- فاکتور معتبر از مرکز وارد کننده سمعک که مشخصات آن با کارت گارانتی سمعک هم خوانی داشته باشد ، جهت هزینه سمعک بر اساس دستورالعمل الزامات عمومی فاکتور و پیش فاکتور تجهیزات پزشکی ، اداره کلی تجهیزات پزشکی می باشد .
  - ۴-۱۱- الزام ارائه فیزیک سمعک به همراه کارت گارانتی به کارشناس بیمه و مطابقت مدل مندرج روی سمعک با مدل سمعک مندرج در فاکتور .

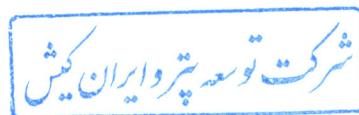
(۱۲) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت اسناد دارویی (در صورت تعهد در بخش خصوصی پیمه نامه و یا الحاقیه)

نسخه پزشک (در صورتی که دارو آزاد باشد و در دفترچه نوشته شده باشد ارائه برگه دفترچه ممهور به مهر پزشک دارای تاریخ و مهر داروخانه به همراه پرینت ریز دارو که در آن دارو و قیمت به تفکیک قید گردیده، الزامی است در صورت استفاده از سهم بیمه پایه برگه دوم دفترچه حاوی اطلاعات قیمت دارویی به تفکیک هر قلم و مهر داروخانه الزامی است).

در صورتیکه در سر نسخه پزشک دارو تجویز گردیده است نسخه می باشد که دارای اطلاعات کامل بیمار، تاریخ،  
مهر پزشک و مهر داروخانه که قیمت دارو در آن به تفکیک قید گردیده و یا پرینت دارو ممهور به مهر داروخانه  
باشد.

تبصره ۱: در صورت مراجعه بیمه شده به مراکز استفاده کننده از سامانه نسخ الکترونیک، نحوه دریافت هزینه ویزیت به شکار زیر می‌باشد.

مدارک مورد نیاز	مراجع درمانی	نوع هزینه
<p>ارائه اصل گواهی پزشکی مبنی بر دریافت مبلغ حق الزحمه ویزیت          (تاریخ، کدملى، مهر و امضا پزشک)</p>	<p>پزشکانی که به صورت          غیرالکترونیکی در سرنسخه          پذیرش می کنند</p>	ویزیت
<p>ارائه اصل گواهی پزشکی مبنی بر دریافت مبلغ حق الزحمه ویزیت          (تاریخ، کدملى، مهر و امضا پزشک) همراه با درج کد رهگیری یا   شناسه دریافتی از سامانه</p>	<p>پزشکانی که به صورت          الکترونیکی پذیرش می کنند</p>	



## قرارداد

شماره:

تاریخ:

پیوست:

تبصره ۲: در صورت مراجعه بیمه شده به مراکز استفاده کننده از سامانه نسخ الکترونیک، نحوه دریافت هزینه پاراکلینیکی (سرپایی) به شکل زیر می باشد.

نوع هزینه	مراجع درمانی	مدارک مورد نیاز
دارو و سایر خدمات پاراکلینیک	موارد مشمول ثبت الکترونیکی توسعه پزشک و مراجع سرپایی (پزشک و مرکز از سامانه الکترونیکی استفاده نمایند)	اصل فاکتور مرجع (داروخانه، آزمایشگاه، تصویربرداری و ...) و ارائه ریز مبالغ دارویی و سایر خدمات به همراه کدملى یا کدره‌گیری، مبلغ کل، سهم سازمان و سهم بیمار ممهور به مهر داروخانه یا مرکز (اصل یا تصویر جواب خدمات تشخیصی طبق سنتوات قبل)
دارو و سایر خدمات پاراکلینیک	موارد مشمول ثبت غیرالکترونیک پزشک و ثبت الکترونیک مراجع سرپایی	در صورتی که مرکز طرف قرارداد با بیمه‌گر پایه باشد تصویر نسخه تجویز شده پزشک معالج در سرنسخه (تاریخ، کدملى، مهر و امضا پزشک) و اصل فاکتور مرجع (داروخانه، آزمایشگاه، تصویربرداری و ...) و ارائه ریز مبالغ دارویی و سایر خدمات به همراه مبلغ کل و سهم سازمان و سهم بیمار) ممهور به مهر داروخانه یا مرکز (اصل یا تصویر جواب خدمات تشخیصی طبق سنتوات قبل)
دارو و سایر خدمات پاراکلینیک	موارد مشمول ثبت غیرالکترونیک پزشک و ثبت غیرالکترونیک مراجع سرپایی	در صورتی که مرکز طرف قرارداد با بیمه‌گر پایه نباشد اصل نسخه تجویز شده پزشک معالج در سرنسخه (تاریخ، کدملى، مهر و امضا پزشک)، اصل فاکتور و تصویر جواب خدمات تشخیصی طبق سنتوات قبل



شرکت توسعه پترو ایران کش