



شیوه نامه پرداخت خسارت درمان تکمیلی

دانشگاه علوم پزشکی استان هرمزگان

با سلام و احترام

ضمن تشکر از انتخاب شرکت بیمه معلم جهت ارائه خدمات بیمه تکمیلی بدینوسیله برخی شرایط و ضوابط فانونی جهت شفافیت در رسیدگی و پرداخت هزینه های درمانی بیمه شدگان محترم آن دانشگاه در بخش سرپایی و بستری بشرح ذیل اعلام می گردد:

مدارک مورد نیاز جهت پرداخت خسارتهای پاراکلینیکی

- (۱) دستور پزشک معالج یا کد رهگیری الکترونیک
- (۲) اصل قبض ممهور به مهر مرکز درمانی بدون هیچ گونه خط خوردگی و لاک گرفتگی (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد.)
نکته: قبض المثنی و یا ودیعه و یا کپی غیرقابل پرداخت می باشد.
(۳) کپی گزارش خدمات انجام شده

رادیوگرافی

- (۱) دستور پزشک معالج یا کد رهگیری الکترونیک
- (۲) اصل قبض ممهور به مهر مرکز درمانی بدون هیچ گونه خط خوردگی و لاک گرفتگی (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد.)
نکته: قبض المثنی و یا ودیعه و یا کپی غیرقابل پرداخت می باشد.
(۳) کپی گزارش خدمات انجام شده
(۴) ارائه کلیشه (صرفا جهت رویت و بازپس دهی به بیمار)

آنژیوگرافی ها

- (۱) دستور پزشک (متخصص و فوق تخصص مرتبط) یا کد رهگیری الکترونیک
- (۲) اصل قبض ممهور به مهر مرکز درمانی بدون هیچ گونه خط خوردگی و لاک گرفتگی (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد.)
(۳) کپی گزارش انجام شده

سونوگرافی ها

۱)دستور پزشک(متخصص و فوق تخصص مرتبط) یا کد رهگیری الکترونیک

۲) اصل قبض ممهور به مهر مرکز درمانی بدون هیچ گونه خط خوردگی و لاک گرفتگی (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد.)

۳)کپی گزارش انجام شده

انواع اسکن

اسکن با اشعه X ، امواج رادیوئی و مغناطیسی، اشعه رادیواکتیو(گاما) شامل: سی تی اسکن،اسکن های رادیوایزوتوپ،اسکن های چشمی، فیبرو اسکن کبد، پت اسکن، فوت اسکن، سی تی آنژیوگرافی قلب می باشد.

۱)دستور پزشک(متخصص و فوق تخصص مرتبط) یا کد رهگیری الکترونیک

۲) اصل قبض ممهور به مهر مرکز درمانی بدون هیچ گونه خط خوردگی و لاک گرفتگی (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد.)

۳)کپی گزارش انجام شده

:MRI

۱)دستور پزشک(متخصص و فوق تخصص مرتبط) یا کد رهگیری الکترونیک

۲) اصل قبض ممهور به مهر مرکز درمانی بدون هیچ گونه خط خوردگی و لاک گرفتگی (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد.)

۳)کپی گزارش انجام شده

آندوسکوپی:

شامل رینوپلاستی،سینوسکوپی،لارنگوسکوپی،استروپوسکوپی،برونکوسکوپی،آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی و تحتانی (کولونوسکوپی)

۱)دستور پزشک(متخصص و فوق تخصص مرتبط) یا کد رهگیری الکترونیک

۲) اصل قبض ممهور به مهر مرکز درمانی بدون هیچ گونه خط خوردگی و لاک گرفتگی (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد.)

۳)کپی گزارش انجام شده

اکوکاردیوگرافی و تست ورزش:

۱) اصل قبض ممهور به مهر مرکز درمانی بدون هیچ گونه خط خوردگی و لاک گرفتگی (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد.)

۲) کپی گزارش با مهر و امضای متخصص یا فوق تخصص قلب

نوار قلب (ECG):

۱) دستور پزشک (متخصص و فوق تخصص مرتبط) یا کد رهگیری الکترونیک

۲) اصل قبض ممهور به مهر مرکز درمانی بدون هیچ گونه خط خوردگی و لاک گرفتگی (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد.)

۳) تصویر کوتاه مدت با مشخصات نام و نام خانوادگی بیمار و تاریخ انجام نوار قلب

نوار عصب و عضله (EMG و NCG):

۱) دستور پزشک (متخصص و فوق تخصص مرتبط) یا کد رهگیری الکترونیک

۲) اصل قبض ممهور به مهر مرکز درمانی بدون هیچ گونه خط خوردگی و لاک گرفتگی (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد.)

۳) کپی گزارش انجام شده

نوار مغز (EEG) :

۱) اصل قبض ممهور به مهر مرکز درمانی بدون هیچ گونه خط خوردگی و لاک گرفتگی (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد.)

۲) کپی گزارش با مهر و امضای متخصص مغز و اعصاب، جراحان مغز و اعصاب و روانپزشکان

آزمایش های تشخیصی پزشکی

۱) دستور پزشک (متخصص و فوق تخصص مرتبط) یا کد رهگیری الکترونیک

۲) اصل قبض ممهور به مهر مرکز درمانی بدون هیچ گونه خط خوردگی و لاک گرفتگی (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد.)

۳) کپی گزارش انجام شده

فیزیوتراپی

۱) دستور پزشک: پزشکانی که می توانند درخواست فیزیوتراپی داشته باشند عبارتند از: متخصص ارتوپدی، روماتولوژیست، نورولوژیست، جراحان مغز و اعصاب، جراحان عمومی و متخصصین طب فیزیکی با ذکر نوع بیماری و تعداد جلسات و درج تعداد اندام مورد نیاز در هر جلسه (مطابق کارت ارائه شده توسط مرکز فیزیوتراپی)

۲) اصل قبض ممهور به مهر مرکز درمانی بدون هیچ گونه خط خوردگی و لاک گرفتگی (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد.)

۳) تفکیک جلسات با امضاء و مهر مراکز درمانی و فیزیوتراپیست

گفتار درمانی:

۱) ارائه پرونده پزشکی بیمار (برای اولین دوره درمانی) و دستور پزشک (متخصص و فوق تخصص اطفال، متخصص مغز و اعصاب، روانپزشک، جراح عمومی، جراح مغز و اعصاب) شامل تعداد جلسات با توجه به نوع بیماری و تشخیص مبنی بر انجام گفتار درمانی

۲) ارائه فاکتور ممهور به مهر مراکز درمانی با درج مبلغ جلسات، تاریخ جلسات و جمع کل (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد.)

کار درمانی:

۱) ارائه پرونده پزشکی بیمار (برای اولین دوره درمانی) و دستور پزشک (روماتولوژیست ارتوپد، متخصص مغز و اعصاب، روانپزشک، جراح عمومی، جراح مغز و اعصاب، فوق تخصص غدد و اطفال و طب فیزیکی) شامل تعداد جلسات با توجه به نوع بیماری و تشخیص مبنی بر انجام کار درمانی

۲) ارائه فاکتور ممهور به مهر مراکز درمانی با درج مبلغ جلسات، تاریخ جلسات و جمع کل (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد.)

۳) تفکیک جلسات با امضاء و مهر مرکز درمانی

جراحی های مجاز سرپایی:

۱) در صورتی که این خدمت در مطب انجام شده باشد مدارک مورد نیاز شامل: اصل دستور گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع خدمت انجام شده و مبلغ پرداختی بیمار به همراه نام کامل بیمار و تاریخ انجام خدمت می باشد.

۲) در صورتی که جراحی در مرکز درمانی انجام شده باشد مدارک قابل ارائه شامل: اصل گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع خدمت به همراه اصل قبض پرداختی بیمار به مرکز درمانی ممهور به مهر مرکز می باشد. (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد.)

۳) در صورت انجام بیوپسی و برداشتن توده های مختلف ارائه جواب پاتولوژی الزامی است. در صورت شکستگی ها و دررفتگی ها ارائه کلیشه رادیوگرافی الزامی است. هزینه تزریق داخل مفصل توسط متخصص مرتبط و داروی تزریقی از محل این تعهد قابل پرداخت است. (کشیدن ناخن قابل پرداخت می باشد، باز کردن گچ، کشیدن بخیه در تعهد نبوده مگر پزشک انجام دهنده خدمت با پزشک اولیه متفاوت باشد).

عینک و لنز تماسی:

- ۱) برگ دستور چشم پزشک یا اپتومتریست و پرینت کامپیوتری نمره هر چشم (درج مهر و تاریخ الزامی می باشد).
- ۲) اصل صورتحساب خرید عینک طبی ممهور به مهر مرکز دارای آدرس و شماره تماس معتبر (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد).
- ۳) در صورت مراجعه گروهی یا خانوادگی بیمه شدگان، پرداخت خسارت منوط به معاینه توسط چشم پزشک معتمد بیمه گر خواهد بود.

دندانپزشکی:

- ۱- اصل برگ دستور دندانپزشک معالج ممهور به مهر و امضاء و تاریخ و نام بیمار
- ۲- (قبض پرداختی دستگاه کارت pos بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد).
- ۳- برای کلیه خدمات دندان به استثناء (جرم گیری و بروساز دو فک) عکس OPG قبل از خدمت و PA بعد از خدمت الزامیست.
- ۴- پرداخت هزینه های ایمپلنت عکس CBCT قبل از خدمت و OPG بعد از خدمت الزامیست.
- ۵- در صورت خدمت دندان مصنوعی ارائه OPG قبل از خدمت و معاینه توسط پزشک معتمد بیمه گر بعد از خدمت الزامیست.
- ۶- نام بیمار ، تاریخ خدمت بر روی تمامی گرافی ها الزامیست.

سمعک:

مدارک مورد نیاز جهت دریافت هزینه سمعک به شرح ذیل می باشد:

- ۱- دستور متخصص گوش و حلق و بینی مبنی بر نیاز استفاده از سمعک
- ۲- ارائه گزارش اودیومتری مبنی بر کاهش شنوایی به میزان حداقل ۳۰ دسی بل در شنوایی
- ۳- اصل فاکتور پرداختی سمعک ضمیمه گردد. (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد).
- ۴- برگ گارانتی سمعک ضمیمه گردد.

نکته مهم: فاکتور سمعک باید دارای سربرگ رسمی با ذکر نام، آدرس و تلفن فروشنده بوده و در بالای برگه صورتحساب کلمه فاکتور فروش قید گردد.

نام خریدار به همراه آدرس و شماره تلفن درج گردد، صورتحساب باید دارای شماره و تاریخ صدور باشد.

نام و مشخصات کامل کالا، شرح، مدل، کد کاتالوگ، شماره سریال، تعداد، قیمت واحد و قیمت کلدر صورتحساب درج گردد.

شایان ذکر می باشد سمعک فاقد کد IRC می باشد.

نکته: هزینه های شارژ باتری و تعمیر سمعک نیز از سقف سمعک قابل پرداخت می باشد.

ویزیت (پزشک عمومی، متخصص، فوق تخصص و کارشناس پروانه دار):

گواهی پزشک با مهر و امضاء، تاریخ و نام بیمار (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد).

نکته: در خصوص سندهای ویزیت که در سربرگ پزشک بوده ولی فاقد آدرس و شماره تماس مطب می باشد جهت پرداخت خدمت مذکور استعلام کد نظام پزشکی، آدرس و شماره تلفن الزامی می باشد.

ویزیت هایی که روی صفحات مربوط به اقدامات آزمایشگاهی و تصویربرداری یا پشت آن صفحات نوشته شود و یا در واتس آپ ارسال گردد و ویزیت های تلفنی قابل پرداخت نمی باشند.

مشاوره

گواهی پزشک با مهر و امضاء، تاریخ و نام بیمار (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد).

۱) مشاوره های سرپایی روانپزشکی، کارشناسان روانپزشکی بالینی، کارشناسان بالینی و دکترای روانشناسی بالینی صرفاً در قراردادهایی که مشاوره های سرپایی در تعهد است قابل پرداخت می باشد.

۲) گواهی پزشک با مهر و امضاء، تاریخ و نام بیمار

دارو

۱) نسخ غیر الکترونیک ممهور به مهر پزشک معالج باشند.

۲) نسخ الکترونیک فقط با مهر داروخانه ذیل پرفراژ ثبت دارو قابل پرداخت می باشد.

(فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد).

اوروتز

۱) دستور پزشک متخصص مرتبط

۲) اصل فاکتور معتبر (آدرس کامل و تلفن فروشنده و خریدار قید شده باشد).

۳) جهت پرداخت کفش طبی ارائه اسکن پا و فاکتور خرید کفش الزامی است. (خرید کفش طبی صرفاً در مراکز ارتوپدی الزامی نیست و

فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد

مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی به هزینه های پرونده بیمارستانی:

الف- برگ معرفی نامه (در صورت بستری در مراکز درمانی طرف قرارداد) و ترخیص

ب- اصل صورتحساب بیمارستانی ممهور به مهر و امضای حسابداری بیمارستان (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد).

پ- اصل صورتحساب پزشکان ممهور به مهر و امضای حسابداری بیمارستان

ت: اصل گواهی پزشک یا پزشکان معالج مبنی بر ویزیت، مشاوره و یا درمانهای طبی و جراحی انجام شده ممهور به مهر و امضای پزشک

ث: اصل گواهی بیهوشی مبنی بر نوع و زمان بیهوشی ممهور به مهر و امضا پزشک

ج: اصل ریز داروهای مصرفی، آزمایشات، رادیولوژی و ... ممهور به مهر و امضای واحدهای مربوطه

چ: اصل ریز لوازم مصرفی اتاق عمل (لوازم مصرفی اتاق عمل بایستی ممهور به مهر و امضای پزشک جراح، متخصص بیهوشی، سرپرست اتاق عمل و بیمارستان باشد).

ح: کپی گزارش MRI، سی تی اسکن، سونوگرافی، پاتولوژی و ...

خ: کپی برگ مشاوره که به مهر و امضای پزشک درخواست کننده و پزشک مشاور رسیده باشد.

د: کپی برگ شرح عمل جراحی با ذکر کدهای اعمال جراحی انجام شده ممهور به مهر و امضا جراح

ذ: کپی دستورات پزشک معالج در خصوص درمانهای طبی

ر: کپی برگ بیهوشی ممهور به مهر و امضا پزشک

ز: اصل فاکتورهای معتبر پروتزه های مصرف شده داخل بدن بیمار ممهور به مهر و امضای پزشک جراح و سرپرست اتاق عمل و حسابداری بیمارستان

ژ: در صورت وجود کمک جراح بایستی شرح عمل ممهور به مهر و امضا کمک جراح

س: در مراکز خصوصی در صورت استفاده از بیمه گر پایه ارسال اصل معرفی نامه و صورت هزینه های درمان (بند الف)، اصل صورتحساب (بند ب) و صورتحساب بیمه گر پایه به همراه کپی سایر مدارک الزامی است.

ش: در مراکز دولتی با توجه به استفاده از بیمه گر پایه، ارسال اصل معرفی نامه و صورت هزینه های درمان (بند الف)، اصل صورتحساب (بند ب) و صورتحساب بیمه گر پایه به همراه کپی سایر مدارک به استثنای بند (ت، ح، خ، ر) الزامی است.

لازم به ذکر می باشد در درمان طبی و اورژانس اوراق اصلی ردیف های شرح عمل جراحی و برگه بیهوشی وجود نداشته و لیکن بر اساس نوع بیماری اسناد می بایست تکمیل باشد.

درج Label پروتزه های مصرف شده در شرح عمل و تاییدیه آن توسط پزشک معالج در برگه شرح عمل الزامیست.

شیمی درمانی

۱-ارائه گزارش پاتولوژی مربوط به بیماری

۲-گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری

۳-نسخه درمانی(قبض دارو) پرفراژ شده داروخانه و ممهور به مهر مرکز شیمی درمانی باشد.

۴-گواهی تزریق از نظر زمان انجام با تاریخ دارو منطبق باشد.

۵-هزینه فاکتور تزریق شیمی درمانی (فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد).

رادیوتراپی:

۱-ارائه گزارش 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 رادیوتراپی و براکی تراپی)که موید تعداد و نوع فیلد درمانی به کار رفته باشد.(فیش پرداختی دستگاه کارت خوان بایستی ضمیمه قبض مرکز درمانی ارائه گردد).

۴-کاردکس کامل رادیوتراپی

۵-صورتحساب پرداختی بیمار که سهم بیمه گر پایه و بیمار به تفکیک مشخص شده باشد.

۶-مهر کارشناس دپارتمان فیزیک

در خصوص هزینه های مربوط به عمل رادیوتراپی، کلیه مدارک از قبیل شرح کامل عمل،ارائه گزارش پاتولوژی کاردکس رادیوتراپی و تاییدیه مبلغ دریافتی بر اساس پلنینگ (برنامه انجام شده)الزامیست.