

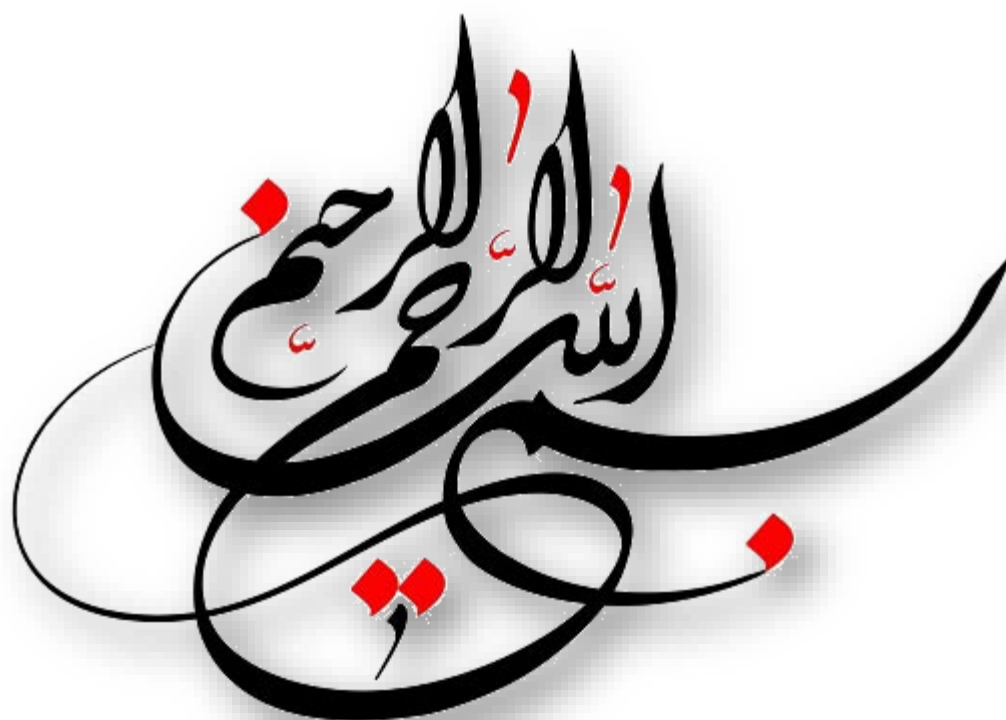
## شیوه نامه اجرایی بیمه نامه درمان گروهی

# سازمان تحقیقات، آموزش و ترویج کشاورزی

شرکت بیمه البرز

مجتمع تخصصی بیمه های اشخاص

۱۴۰۴ - ۱۴۰۵



رهنمودی از مقام معظم رهبری:

باید کاری کنیم که بیماران جزرنج بیماری، درد و دغدغه دیگری نداشته باشند.

**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) ضوابط پرداخت علی الحساب بابت صورتحسابهای بستری و تجهیزات پزشکی مربوط به عمل جراحی ..... ERROR! BOOKMARK NOT

DEFINED.

۴-ب) سایر شرایط و مقررات در بخش بستری..... ۶

**ج) بخش سرپایی و پاراکلینیکی..... ۸**

۱-ج) مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های تشخیصی (پاراکلینیکی)..... ۸

۲-ج) ضوابط پرداخت هزینه های تشخیصی (پاراکلینیکی)..... ۸

**د) بخش دندانپزشکی..... ۱۶**

۱-د) نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد ..... ۱۶

۲-د) ضوابط پرداخت هزینه های دندانپزشکی غیر طرف قرارداد (آزاد)..... ۱۶

۳-د) مدارک لازم جهت پرداخت انواع خدمات دندانپزشکی ..... ۱۶

۴-د) دندانپزشکی تحت بیهوشی ..... ۱۸

۵-د) استثنائات در ارائه رادیوگرافی دندان ..... ۱۸

۶-د) تعریف انواع گرافی در دندانپزشکی ..... ۱۸

**هـ) رسیدگی به اعتراض بیمه شدگان..... ۲۰****و) مقررات آیین نامه ای..... ۲۰**

**مشاهده اطلاعات درمانی و استعلام خسارت بیمه شدگان**

❖ بیمه شدگان می توانند از طریق مراجعه به سایت شرکت بیمه البرز به آدرس [www.alborzins.com](http://www.alborzins.com) بخش خدمات

الکترونیک، کلیه هزینه های درمانی خود را با وارد نمودن کد ملی / کد بیمه شده ملاحظه نمایند.

## الف) بخش صدور معرفی نامه (پاراکلینیکی – بستری)

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

جهت تسهیل فرآیند بهره‌مندی سازمان تحقیقات، آموزش و ترویج کشاورزی از خدمات تشخیصی – درمانی مندرج در قرارداد ، کلیه بیمه شدگان می‌توانند با به همراه داشتن مدارک مشروحه ذیل ، به هریک از شعب شرکت بیمه البرز مراجعه نموده و نسبت به دریافت معرفی نامه مراکز درمانی طرف قرارداد اقدام نمایند.

با توجه به راه اندازی صدور معرفی نامه اینترنتی در تعداد اکثری از مراکز تشخیصی و بیمارستانهای طرف قرارداد ، بیمه شدگان می‌توانند پس از مراجعه به سایت بیمه البرز به نشانی ذیل 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 اینترنتی توسط آن مرکز صادر خواهد شد.

۱-دستور پزشکی معالج با ذکر نوع بیماری ، تاریخ بستری (پذیرش)

۲- اصل و تصویر کارت ملی

**توجه ۱:** چنانچه بیمه شده نسبت به اخذ برگه معرفی نامه از شرکت بیمه البرز ( به صورت مستقیم و غیر اینترنتی ) اقدام نموده و به هر دلیلی از معرفی نامه صادره استفاده نگردد ؛ می‌بایست در اسرع وقت معرفی نامه جهت ابطال به شرکت بیمه البرز عودت گردد .

**توجه ۲:** با عنایت به انعقاد قرارداد با مراکز درمانی در سراسر کشور ، 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 می‌باشد .

لیست مراکز درمانی بستری و سرپایی طرف قرارداد در سراسر کشور به همراه آدرس و شماره تلفن در سایت شرکت بیمه البرز به نشانی اینترنتی ذیل با انتخاب نام استان و نوع مرکز درمانی قابل دسترسی می‌باشد :

[www.alborzins.com](http://www.alborzins.com)

به منظور ایجاد رضایتمندی مدیریت امور مشتریان شرکت بیمه البرز با شماره تماس ۱۵۷۴ (بدون کد) ، آمادگی ، پاسخگویی رسیدگی به شکایات احتمالی کلیه بیمه شدگان محترم را دارد .



## ۱-۱ الف) بررسی جنبه زیبایی / درمانی / غیر درمانی نوع جراحی توسط پزشک معتمد در زمان صدور معرفی نامه

اظهار نظر پزشک معتمد بیمه گر در خصوص اعمال جراحی ذیل، قبل از انجام جراحی و همچنین قبل از صدور معرفی نامه ضروری می باشد.

### مدارک مورد نیاز جهت اظهار نظر توسط پزشک معتمد به تفکیک نوع جراحی :

- جراحی فتق نافی / جراحی فتق جدار شکم ..... مدارک : گزارش سونوگرافی قبل از عمل
  - جراحی واریس پا / لیزر واریس پا ..... مدارک : گزارش سونوگرافی داپلر قبل از عمل
  - انواع جراحی بینی (سپتوپلاستی، رینوپلاستی و ...) ..... مدارک : گزارش رادیوگرافی و سی تی اسکن قبل از عمل
  - انواع جراحی پستان (ماموپلاستی و ...) ..... مدارک : گزارش ماموگرافی یا سی تی اسکن یا رادیوگرافی و یا MRI قبل از عمل و گزارش پاتولوژی بعد از عمل .
  - پیوند پوست / گرافت پوستی : ..... مدارک : گزارش پاتولوژی قبل از عمل ( بررسی در خصوص وسعت پیوند پوست )
  - جراحی پلک ( بلفاروپلاستی، بلفاروپتوز ) ..... مدارک : گزارش بینایی سنجی قبل از عمل، پریمتری یا تعیین بینایی قبل از عمل
  - کورتاژ تخلیه / سقط ..... مدارک : 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 مواردی که به علت تومور، وقوع حادثه و با تأیید پزشک معتمد بیمه گر امکان پذیر می باشد.
  - جراحی چاقی مفرط ( بای پس معده، اسلیو معده و...) ..... صدور معرفی نامه بابت این عمل، صرفاً پس از اندازه گیری قد و وزن بیمار توسط پزشک معتمد و حصول اطمینان از چاقی مفرط بیمار و  $BMI \geq 40$ ، 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 گر 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. پس از بررسی مدارک و اظهار نظر توسط پزشک معتمد، مطابق شرایط بیمه نامه اتخاذ تصمیم خواهد شد.
- **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 عصبی تحت فلوروسکوپ با ماده حاجب، کنار عصب انجام می پذیرد. پزشک معتمد پس از بررسی کلیه مدارک پزشکی و مستندات لازم نسبت به تعیین کد اقدام خواهد نمود .
  - **جراحی دیاستازیس شکمی (آبدومینوپلاستی/ برداشتن چربی های زائد شکمی):** با توجه به اینکه اقدام صرفاً جنبه زیبایی دارد، لذا صدور معرفی نامه امکان پذیر نمی باشد؛ لیکن در موارد خاص و در صورت احراز جنبه درمانی توسط پزشک 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.

### 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 باشد و می بایست مراتب توسط پزشک معتمد با / یا بدون معاینه بیمار، پس از بررسی گزارش آزمایش و پاتولوژی و همچنین اظهار نظر در خصوص 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 سرپایی دارد، لذا صدور معرفی نامه بستری منوط به ارائه گواهی پزشک معالج دال بر لزوم بستری و مشروط به تایید 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 رادیوفر کوئرسی (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، آستیگمات و یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم، مطابق میزان دیوپتر مندرج در تعهدات بیمه نامه، (۳ دیوپتر یا بالاتر) ملاک عمل قرار گیرد.

### ب) بخش بستری

**توجه: در خصوص جراحی های مندرج در بند ۱-۱-الف بخش صدور معرفی نامه، اخذ اظهار نظر و تاییدیه پزشک معتمد بیمه گر قبل از جراحی الزامی می باشد.**

در صورتیکه بیمه شدگان به هر دلیلی از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده ننمایند، بیمه گر متعهد است صورت هزینه های درمانی را از تاریخ ترخیص تا پایان قرارداد دریافت نماید و بیمه شده نیز حداکثر ۶ ماه پس از پایان قرارداد به بیمه گر تحویل نماید؛ در غیر اینصورت، پس از انقضای مهلت مذکور بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.

### ۱-ب) نحوه ارسال صورتحسابهای بستری مراکز درمانی غیر طرف قرارداد (آزاد) توسط بیمه شدگان

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 آر آی، 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 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.

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

۸-۱-ب) در صورت انجام جراحی سیتوپلاستی، ارائه گرافی و گزارش آن قبل از جراحی

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

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

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

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

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

**توجه:** در صورت تایید کتبی بیمه گذار، مدارک المثنی پس از استعلام کتبی از سایر شرکتهای بیمه و حصول اطمینان از عدم پرداخت توسط سایر شرکتهای بیمه، قابل پرداخت می باشد.

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

۳-۲-ب) در صورتی که بیمه شدگان دارای بیمه گر اول باشند و از بیمارستانهای غیر طرف قرارداد استفاده کرده باشند، بیمه شدگان می بایست ابتدا مدارک پزشکی را به بیمه گر پایه (بیمه سلامت، بیمه تامین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی، بیمه نیروهای مسلح و ...) ارائه نموده و پس از اخذ سهم بیمه گر اول، رسید دریافتی و یاکپی چک خسارت دریافتی از سازمان اسناد پزشکی را به همراه تصویر برابر با اصل کلیه مدارک پرونده بستری به شرکت بیمه البرز ارائه نمایند. (باستثناء سازمان خدمات درمانی که مدارک را برابر با اصل نمی نماید)

**توجه:** در صورت عدم تمایل بیمه شده به استفاده از سهم بیمه گر پایه، پس از اخذ تعهد از ایشان، هزینه درمانی با کسر فرانشیز مندرج در بیمه نامه قابل رسیدگی و پرداخت می باشد. در اینصورت پس از پرداخت خسارت توسط بیمه البرز، اصل مدارک درمانی جهت استفاده از بیمه گر پایه به هیچ وجه به بیمه شده مسترد نمی گردد.

### مشاهده اطلاعات درمانی و استعلام خسارت بیمه شدگان

❖ بیمه شدگان می توانند از طریق مراجعه به سایت شرکت بیمه البرز به آدرس [www.alborzins.com](http://www.alborzins.com) بخش خدمات

الکترونیک، کلیه هزینه های درمانی خود را با وارد نمودن کد ملی / کد بیمه شده ملاحظه نمایند.

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

۵-۲-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.

۶-۲-ب) در صورت 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.

۷-۲-ب) حق تحقیق و بررسی در خصوص چگونگی درمان بیمه شده و بررسی مدارک پزشکی برای بیمه گر محفوظ می باشد.

مدت زمان تسویه هزینه های بیمارستانی از تاریخ تحویل مدارک به شرط کامل بودن اسناد، حداکثر ۱۵ روز کاری می باشد.

### ۳-ب) سایر شرایط و مقررات در بخش بستری

#### ۳-۱-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 طبق 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 با بیمارستان طرف قرارداد) و کسر کسورات قطعی از جمله فرانشیز ، مابه التفاوت تخت خصوصی و ... انجام می پذیرد.

**توجه:** هزینه جراحی و درمانهای مرتبط به انواع سرطان اعم از تشخیصی و دارویی، پت اسکن و شیمی درمانی و ... از سقف تعهدات بستری تخصصی قابل پرداخت می باشد .

**توجه:** هزینه خرید اعضای طبیعی بدن مانند (کلیه، کبد و...) از سقف تعهدات بستری تخصصی قابل پرداخت می باشد.

#### ۳-۲-ب) فرانشیز بیمه نامه :

در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر اول، فرانشیز بیمه نامه ۱۰ درصد می باشد .

**۳-۳-ب) هزینه تخت همراه :** هزینه تخت همراه برای بیماران کمتر از ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال قابل پرداخت می باشد. هزینه همراه برای سایر سنین در موارد ضروری ، به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد .

**۳-۴-ب) هزینه های اتاق خصوصی :** 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 .

**۳-۵-ب) هزینه های عیوب مادرزادی :** صورتحسابهای مربوط به عیوب مادرزادی در صورت تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مبنی بر اینکه رفع این عیوب جنبه درمانی داشته و معالجه آن ضروری است ، قابل محاسبه و پرداخت می باشد .

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

**۳-۷-ب) هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری :** هزینه های تشخیصی، درمانی مربوط به درمان نازایی و ناباروری و اعمال جراحی مرتبط (شامل IUI، ZIFT، GIFT، IVF، ICSI، میکروانجکشن) هزینه های انجماد، فریز تخمک و جنین و سقط و کورتاژ قانونی با تشخیص پزشک معالج قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

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

#### ۳-۸-ب) هزینه خدمات درمانی و پرستاری در منزل :

هزینه های خدمات درمانی و پرستاری در منزل از جمله نگهداری سالمندان **غیر قابل پرداخت** می باشد .

**۳-۹-ب) هزینه آمبولانس (درون شهری و برون شهری) :** در خصوص جبران هزینه های انتقال بیمار توسط آمبولانس داخل و خارج شهری بیمه گر ملزم به پرداخت هزینه های مذکور از محل استقرار بیمه شده به مراکز درمانی و بین مراکز درمانی (در صورت لزوم) به بیمه شده میباشد .

#### ۳-۱۰-ب) هزینه رفع عیوب انکساری :

پرداخت هزینه های رفع عیوب انکساری چشم (شامل لیزیک، لازک، فمتو و ...) چنانچه نقص بینایی هر چشم به میزان ۳ دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف تعهدات بیمه نامه ، بدون اعمال تعرفه با کسر فرانشیز 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 نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه آستیگمات)، مطابق میزان دیوپتر مندرج در تعهدات بیمه نامه (۳ دیوپتر و بیشتر) ملاک عمل خواهد بود.

**توجه:** هزینه کارگزاری رینگ قرنيه ويا لنز داخل چشمی، اصلاح پيرچشمی و اصلاح قوزقرنيه شامل تعهدات فوق الذکرمی باشد.

### ۱۱-۳-ب) هزینه های درمان خارج از کشور :

هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تایید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسافرت به 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 هزینه ی درمانی در خارج از کشور، می بایست اصل مدارک درمانی منضم به ترجمه آن، جهت بررسی و پرداخت به بیمه گر تحویل گردد.

**توجه:** ارائه مدارک و دریافت خسارت در طول مدت قرارداد و بدون در نظر گرفتن مدت زمان، و پس از اتمام قرارداد کلیه هزینه های بیمارستانی تا ۶ ماه و سایر هزینه تا ۳ ماه قابل پرداخت خواهد بود.

**مدت زمان تسویه هزینه های پاراکلینیکی از تاریخ بارگزاری مدارک در سامانه یاری رسان به شرط کامل بودن اسناد، حداکثر ۵ روز کاری می باشد.**

### ج) بخش سرپایی و پاراکلینیکی

کلیه هزینه های سرپایی شامل پاراکلینیکی گروه اول و دوم، آزمایش، تست غربالگری جنین و فیزیوتراپی بدون اعمال تعرفه و با کسر فرانشیز مندرج در بیمه نامه (در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر اول) قابل پرداخت می باشد.

### ۱-ج) ضوابط استفاده از مراکز سرپایی - تشخیصی

**۱-۱-ج)** استفاده کننده از مراکز سرپایی و تشخیصی صرفاً بیمه شده ی صاحب کارت ملی می باشد، در صورت مشاهده هرگونه تخلف و سوء استفاده بیمه شده اصلی ملزم به پرداخت خسارت وارده براساس ضوابط قرارداد درمانی می باشد همچنین در صورت تخلف هریک از بیمه شدگان می بایست کل خسارتهای پرداختی در وجه بیمه شده متخلف و اعضاء خانواده ایشان (اعم از خسارتهای حق و و نیز من غیر حق) توسط بیمه شده اصلی در وجه شرکت بیمه البرز واریز گردد. ضمناً پوشش بیمه ای کل اعضاء خانواده حذف می گردد.

**۲-۱-ج)** بیمه شدگان و افراد تحت تکفل، در زمان انقصال موقت و تعلیق یا انصراف از ادامه خدمت، حق استفاده از مراکز طرف قرارداد سرپایی - تشخیصی و درمانی را ندارند.

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

۱- ارائه دستور پزشک (به استثناء نسخ الکترونیک) و یا تصویر جوابیه با درج نام پزشک معالج

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

### ۳-ج) ضوابط پرداخت هزینه های تشخیصی (پاراکلینیکی)

۱-۳-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.

۲-۳-ج) درج نام و نام خانوادگی بیمار، تاریخ ویزیت یا فاکتور و مبلغ پرداختی در مدارک ارسالی الزامی می باشد.

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

۴-۳-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.

### ۴-ج) توضیحات موردی در بخش پاراکلینیکی

۱-۴-ج) رادیولوژی - سونوگرافی - اسکن - ام آر آی - انواع آندوسکوپی (اقدامات آندوسکوپی) و سایر موارد پاراکلینیکی

گروه اول و دوم:

مدارک لازم جهت پرداخت سایر هزینه های پاراکلینیکی:

۱- ارائه دستور پزشک معالج (به استثنای نسخه الکترونیک) یا ارائه تصویر جوابیه

۲- ارائه فاکتور، ممهور به مهر مرکز مربوطه

**توجه:** ارائه رسید دستگاه کارتخوان (پوز بانکی) یا ارائه پرینت بانکی منطبق با تاریخ و مبلغ فاکتور

ارسالی جهت هزینه های فیزیوتراپی، عینک، دندانپزشکی الزامی می باشد.

### ۲-۴-ج) فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی و کایروپراکتیک:

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

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

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

۳- ارائه رسید دستگاه کارتخوان (پوز بانکی)

**توجه:** پرداخت هزینه های فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی، بیش از تعداد ۱۰ جلسه، منوط به ارائه سوابق پزشکی 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.

### ۳-۴-ج) هزینه ویزیت

هزینه های ویزیت در مراکز درمانی (بیمارستان - کلینیک - مطب - درمانگاه) قابل پرداخت می باشد.

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

**توجه ۱:** در صورت 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 خواهد بود.

**توجه ۳:** هزینه ویزیت درحین خدمت قابل پرداخت می باشد به جزء در زمان انجام اقدامات دندانپزشکی که غیرقابل پرداخت می باشد.

### ۱-۳-۴ (ج) تعرفه ویزیت (سرپائی)

پرداخت هزینه ویزیت پزشکان عمومی / متخصص / فوق تخصص و... طبق تعرفه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مصوبه هیات وزیران) قابل پرداخت می باشد.

### ۴-۴ (ج) هزینه مشاوره ( روانپزشکی )

هزینه انجام مشاوره ، صرفاً توسط روانپزشک ،متخصص اعصاب و روان و یا کارشناس روانشناس ، مشاوره روانشناسی با روش RTMS در صورت درج نوع بیماری و تعداد جلسات لازم ، توسط پزشک متخصص مربوطه قابل پرداخت می باشد.

**توجه ۱:** پرداخت هزینه مشاوره بیش از ۱۰ جلسه، منوط به تایید پزشک معتمد بیمه گر می باشد.

**توجه ۲:** هزینه مشاوره صرفاً جهت اختلالات اعصاب و روان قابل پرداخت می باشد.

**توجه ۳:** هزینه مشاوره تغذیه که توسط کارشناس تغذیه دارای نظام پزشکی انجام پذیرد ، معادل تعرفه کارشناس پروانه دار قابل پرداخت می باشد.

**توجه ۴:** هزینه های مشاوره غیر درمانی ( از جمله افت تحصیلی ، ازدواج و .... ) غیر قابل پرداخت می باشد.

### ۵-۴ (ج) هزینه نسخ دارویی

#### ۱-۵-۴ (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 .

#### ۲-۵-۴ (ج) ملاک پرداخت هزینه نسخ دارویی

هزینه نسخ دارویی، بر اساس فهرست داروهای فارماکوپه رسمی ایران ، طبق نرخ مصوب سازمان غذا-دارو و صرف نظر از سهم بیمه گر پایه (تعهدات مندرج در شرایط قرارداد) قابل بررسی و پرداخت می باشد.

**توجه ۱:** تعهدات دارویی شامل کلیه دارو های ایرانی و خارجی (آزاد ، مکمل ، ویتامین ، تقویتی ، دارو های گیاهی که جنبه درمانی دارد ) با تجویز پزشک معالج متخصص و صرف نظر از سهم بیمه گر پایه مرتبط باشد.

**توجه ۲:** پرداخت دارو برای هر نوبت تجویز پزشک معالج ، حداکثر به مدت ۳ ماه تحت پوشش می باشد.

**توجه ۳:** 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 البرز نمی باشند.

**توجه ۴:** 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 ۵:** پرداخت حق فنی داروخانه بر عهده بیمه گر می باشد.

## ۱-۲-۵-۴-ج) داروهای ایرانی

هزینه داروهای ایرانی که جنبه درمانی داشته و در فهرست فرماکوپه ایران باشد، با ارائه دستور پزشک و ارائه سند پرداخت هزینه، ممهور به مهر داروخانه قابل پرداخت می باشد.

## ۲-۲-۵-۴-ج) داروی خارجی - مکمل - گیاهی - پوستی - هورمون رشد

**توجه ۱:** هزینه مکمل های دارویی و داروهای گیاهی (که جنبه درمانی دارند)، در صورت تجویز پزشک متخصص مربوطه قابل پرداخت می باشد.

**توجه ۲:** هزینه داروهای خارجی که معادل ایرانی ندارند در صورت تجویز پزشک متخصص مرتبط، با کسر فرانشیز ۱۰٪ پرداخت خواهد شد.

**توجه ۳:** داروهای خارجی که معادل ایرانی دارند در صورت تجویز پزشک متخصص مرتبط، مطابق با نرخ مصوب سازمان غذا و دارو و پس از کسر ۱۰٪ فرانشیز پرداخت می گردد.

**توجه ۴:** داروهای گیاهی مورد تایید معاونت غذا و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که دارای پروانه ثبت باشند، با ارائه دستور پزشک معالج و ارائه سند پرداخت هزینه ممهور به مهر داروخانه قابل پرداخت می باشد.

**توجه ۵:** داروهای هورمون رشد در صورتی که جنبه درمانی داشته و با تجویز توسط پزشک متخصص و با تائید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد.

**توجه ۶:** هزینه داروهای تخصصی یک نوبت توسط پزشک متخصص مربوطه و در صورت تکرار با تجویز پزشک عمومی یا پزشک متمعد بیمه گذار قابل پرداخت می باشد.

## ۳-۲-۵-۴-ج) داروهای بیماران خاص و صعب العلاج

هزینه داروهای مرتبط با داروهای بیماران خاص (هموفیلی، تالاسمی، نارسایی کلیه و ام اس)، صعب العلاج (سرطان)، در صورت تجویز توسط پزشک متخصص مرتبط و ارائه اسناد مدارک مثبت پس از تایید پزشک معتمد بیمه گر از محل سقف **تعهدات بستری تخصصی** قابل پرداخت می باشد.

## ۴-۲-۵-۴-ج) انواع واکسن

هزینه تهیه و تزریق واکسن در صورتی که جنبه درمانی داشته باشد با تجویز پزشک متخصص و تائید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد.

## ۵-۲-۵-۴-ج) داروی شیمی درمانی تزریقی - خوراکی

هزینه داروی شیمی درمانی تزریقی و خوراکی صرفاً با ارائه گواهی تزریق (کموتراپی) به همراه نسخه دارویی (ممهور به مهر پزشک متخصص و داروخانه) از محل سقف تعهدات بستری تخصصی قابل پرداخت می باشد.

## ۶-۲-۵-۴-ج) داروی هورمون رشد

**ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های نسخ دارویی هورمون رشد:**

۱- دستور پزشک متخصص معالج مبنی بر تشخیص بیماری و لزوم استفاده از آن و طول مدت درمان

۲- جوابیه آزمایشهای اولیه مربوط به بررسی کمبود هورمون رشد بیمه شده

۳- تصویر رادیوگرافی میچ دست به همراه گزارش آن

۴- نمودار و منحنی قد، وزن و سن بیمه شده

۵- تائید پزشک معتمد بیمه گر

## ۷-۲-۵-۴-ج) داروهای درمان نازایی و ناباروری

در صورت تجویز داروی ناباروری و نازایی توسط پزشک متخصص مرتبط، با بررسی سوابق پزشکی بیمه شده، قابل پرداخت می باشد.

**توجه:** داروهای خوراکی از سقف دارو مصرفی و تزریقی ها از سقف نازایی و ناباروری قابل پرداخت می باشد.

## ۶-۴-ج) انواع آزمایش (بدون اعمال تعرفه)

### 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 یا تصویر جوابیه آزمایش (در صورتی که نسخه الکترونیک باشد نیازی به دستور پزشک نمی باشد)

۲- ارائه اصل قبض پرداختی، ممه‌ور به مهر آزمایشگاه

**توجه ۱:** هزینه آزمایش ژنتیک و تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین قابل پرداخت می باشد.

**توجه ۲:** جهت پرداخت هزینه آزمایش ژنتیک ارائه گواهی پزشکی معالج مبنی بر علت تجویز و نیز جوابیه گزارش آزمایش الزامی می باشد.

**توجه ۳:** هزینه آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاریهای جنین با ارائه گواهی پزشکی معالج و تصویر جوابیه آزمایش، پس از تأیید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد.

**توجه ۴:** هزینه تست PCR: هزینه تست PCR با نتیجه مثبت قابل پرداخت می باشد و تست PCR منفی با دستور متخصص طب اورژانس، متخصص طب عفونی، فوق تخصص ریه و ICU، متخصص گوش و حلق و بینی (ENT)، متخصص داخلی و اطفال قابل پرداخت می باشد و در صورت تجویز توسط متخصص زنان و زایمان صرفاً در بیماران باردار قابل پرداخت می باشد.

توجه: در صورتی که PCR مجدد با فاصله زمانی کمتر از ۲ ماه و به منظور چکاپ یا برگشت به کار انجام شده باشد غیر قابل پرداخت می باشد.

#### ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های تست کرونا (آزمایش واسکن):

- دستور پزشک معالج (الزاماً در موارد آزمایش و اسکن کرونا)
- اصل قبض پرداختی
- تصویر جوابیه آزمایش / اسکن

## ۷-۴-ج) هزینه های اروتز و پروتز

### ۷-۴-۱-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 و تثبیت قسمتهای مختلف بدن به موازات آنها به کار می روند؛ مانند بريس های طبی، کرسر های طبی و یا کفش طبی

**پروتز:** یک جانشین مصنوعی برای یک عضو حذف شده بدن می باشد مانند دست و پای مصنوعی، چشم مصنوعی و...

**توجه:** پرداخت هزینه های مربوط به پروتزهای مصنوعی که در زمان بستری و در داخل بدن بکار می رود (مانند: پیچ و پلاک و پلاتین و سایر موارد مشابه) با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر قابل رسیدگی و پرداخت می باشد.

### ۷-۴-۲-ج) ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های لوازم ارتوپدی و وسایل کمک توانبخشی:

جهت پرداخت هزینه های اروتز و پروتز شامل وسایل طبی و لوازم ارتوپدی اعم از مچ بند طبی، زانو بند طبی، کفش طبی، جوراب واریس، گردنبند طبی، کمر بند طبی، کفی طبی، بريس، عصا، ویلچر، واکر، تشک برقی، تشک موج و کپسول اکسیژن (اجاره و خرید) و دستگاه اکسیژن ساز (اجاره و خرید) توجه به موارد ذیل الزامی می باشد:

۱- ارائه دستور پزشک متخصص مرتبط

۲- ارائه مدارک و مستندات پزشکی لازم جهت لزوم تهیه لوازم ارتوپدی

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

۴- تأیید پزشک معتمد بیمه گر

**توجه ۱:** هزینه دستگاههای تجهیزات پزشکی از جمله دستگاه فشار خون، دستگاه قند خون، دستگاه بخور و سایر موارد مشابه غیر قابل پرداخت می باشد.

**توجه ۲:** هزینه اجاره کپسول اکسیژن و اجاره دستگاه اکسیژن ساز با تجویز پزشک متخصص مرتبط و ارائه مستندات و تأیید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد.

## ۸-۴-ج) ویلچر

### ۸-۴-۱-ج) مدارک لازم جهت پرداخت هزینه ویلچر :

- ۱- ارائه دستور پزشک متخصص
- ۲- ارائه مدارک و مستندات پزشکی لازم جهت لزوم استفاده و خرید ویلچر
- ۳- فاکتور خرید از مراکز معتبر، ممهور به مهر مرکز مربوطه
- ۴- تأیید پزشک معتمد بیمه گر

## ۹-۴-ج) عینک و لنز تماسی

**توجه: ارائه رسید دستگاه کارتخوان (پوز بانکی) یا ارائه پرینت بانکی منطبق با تاریخ و مبلغ فاکتور ارسالی جهت هزینه های عینک الزامی می باشد.**

### ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه عینک:

- ۱- ارائه دستور پزشک متخصص، ممهور به مهر چشم پزشک و یا ارائه تجویز اپتومتریست به همراه برگه اپتومتری (تعیین نمره چشم) اپتومتریست
  - ۲- ارائه فاکتور معتبر خرید عینک (شیشه و فریم)، دارای سربرگ و آدرس و شماره تلفن، ممهور به مهر مرکز مربوطه
  - ۳- ارائه رسید دستگاه کارتخوان (پوز بانکی)
- هزینه های مربوط به عینک و لنز تماسی طی به صورت یک نوبت در هر سال بیمه ای قابل پرداخت می باشد.
- توجه ۱:** در صورت غیر متعارف بودن هزینه ها، بیمه شده توسط اپتومتر معتمد بیمه گر دعوت به معاینه می گردد.
- توجه ۲:** هزینه عدسی برای فرزندان زیر ۱۸ سال هر ۶ ماه یک بار تا سقف تعهدات بیمه نامه قابل پرداخت می باشد.

## ۱۰-۴-ج) نوار تست قند خون

### ۱۰-۴-۱-ج) ضوابط پرداخت هزینه نوار تست قند خون :

- هزینه نوار تست قند خون صرفاً برای بیماران دیابتی تیپ ۱ (بیماران وابسته به تزریق انسولین) و بیماران دیابتی تیپ ۲ (بیماران بدون وابسته به تزریق انسولین) به شرح ذیل پرداخت می گردد :
- ۱- هزینه نوار تست قند خون برای بیماران تیپ ۱، روزانه سه نوار (حداکثر تا سقف ۱۰۰ نوار در طی یک ماه) قابل پرداخت می باشد.
  - ۲- هزینه نوار تست قند خون برای بیماران تیپ ۲، روزانه یک نوار (حداکثر تا سقف ۵۰ نوار در طی یک ماه) قابل پرداخت می باشد.
- توجه :** تهیه نوار تست قند خون (بسته ۵۰ تایی) با نسخه بیمار با رعایت تعداد موارد مصرف فوق الذکر بصورت ماهانه قابل پرداخت می باشد.

### ۱۰-۴-۲-ج) مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های نوار تست قند خون :

- ۱- ارائه تصویر جوابیه آزمایش های قند خون شامل هموگلوبین A1c و ۲ مورد آزمایش با فاصله زمانی ۳ ماهه
- ۲- گواهی پزشک معالج مبنی بر تشخیص نوع بیماری با ذکر دیابت تیپ ۱ و ۲
- ۳- تشکیل کاردکس سوابق پزشکی توسط بیمه گر (تصویر جوابیه آزمایش های انجام شده مربوط به بیماری قند خون)
- ۴- ارائه فاکتور خرید از مراکز معتبر، ممهور به مهر مرکز مربوطه
- ۵- تایید پزشک معتمد بیمه گر

## ۱۱-۴-ج) دستگاه اکسیژن ساز

### ۱-۱۰-۴-ج) ضوابط پرداخت هزینه دستگاه اکسیژن ساز :

هزینه خرید یا اجاره دستگاه اکسیژن ساز با ارائه مدارک مثبت ، و تایید پزشک معتمد بیمه البرز قابل پرداخت می باشد.

### ۲-۱۰-۴-ج) مدارک لازم جهت پرداخت هزینه دستگاه اکسیژن ساز:

۱- ارائه اسناد و مدارک پزشکی مرتبط با بیماری و تشکیل سوابق پزشکی توسط بیمه گر

۲- ارائه دستور پزشک متخصص مبنی بر نیاز به استفاده از دستگاه در منزل

۳- تایید پزشک معتمد بیمه گر

## ۱۲-۴-ج) سمعک

### ۱-۱۲-۴-ج) ضوابط پرداخت هزینه سمعک :

هزینه های مربوط به خرید سمعک و وسایل کمک شنوایی اعم از تعویض قطعات، تعمیر، باطری سمعک با تجویز پزشک متخصص ENT (گوش ، حلق و بینی) ، در صورت خریداری از مراکز معتبر شنوایی سنجی و مهپور شده به مهر ادیولوژیست (یک یا دو گوش) به شرح ذیل قابل پرداخت می باشد.

### ۲-۱۲-۴-ج) مدارک لازم جهت پرداخت هزینه سمعک :

۱- ارائه دستور پزشک متخصص

۲- ارائه گزارش شنوایی سنجی (ادیومتري)

۳- ارائه فاکتور خرید از مراکز معتبر (تجهیزات پزشکی) ، مهپور به مهر مرکز شنوایی سنجی

۴- ارائه رسید دستگاه کارتخوان (پوز بانکی)

۵- تصویر کارت گارانتی سمعک (درج تاریخ اعتبار) بانضمام جعبه حاوی بارکد (این مورد الزامی نمی باشد)

۶- تایید پزشک معتمد

**توجه ۱ :** گواهی خرید سمعک توسط ادیومتر یا پزشک بدون ارائه فاکتور معتبر شرکت قابل قبول نمی باشد.

**تبصره ۱ :** هزینه باتری سمعک و تعمیرات آن از محل تعهدات سمعک قابل پرداخت می باشد.

**تبصره ۲ :** مشخصات فاکتور فروش :

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

۲- فاکتور دارای کد اقتصادی معتبر شرکت فروش باشد .

## ۱۳-۴-ج) برداشتن زگیل

### ضوابط پرداخت هزینه برداشتن زگیل :

جهت پرداخت هزینه برداشتن زگیل ، در صورتیکه تعداد زگیل و هزینه برداشتن آن متعارف باشد (حدود ۲۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال) نیازی به تایید پزشک متمعد نمی باشد اما در صورت تکرار جلسات و یا نامتعارف بودن هزینه (از تعرفه مورد توافق بالاتر باشد) ، لازم است بیمه شده دعوت به معاینه گردد.

## ۱۴-۴-ج) برداشتن ضایعات پوستی ( skin tag )

### ضوابط پرداخت هزینه برداشتن ضایعات پوستی :

برداشتن ضایعات پوستی (skin tag) ، جنبه درمانی نداشته و غیر قابل پرداخت می باشد ، مگر در موارد ضرورت و با تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد.

## ۱۵-۴-ج) هزینه های درمان PRP

هزینه PRP ( شامل خونگیری ، تهیه و تزریق پلاسمای غنی از پلاکت ) در صورتیکه جنبه درمانی داشته باشد و با ارائه مدارک مثبت، پس از تایید توسط پزشک معتمد شرکت بیمه گر، تا سقف ۳ جلسه (هر ناحیه) در طول بیمه نامه قابل پرداخت می باشد.

## ۱۶-۴-ج) هزینه های طب سوزنی ، حجامت ، فصد ، بادکش

صرفاً در مواردیکه جنبه درمانی داشته و تعداد جلسات مورد نیاز ( بیش از ۳ جلسه ) توسط پزشک معتمد بیمه گرتایید گردد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

## ۱۷-۴-ج) سایر شرایط و مقررات در بخش پاراکلینیکی

سایر هزینه های پاراکلینیکی شامل انواع رادیوگرافی ، آنژیوگرافی عروق محیطی ، آنژیوگرافی چشم ، انواع سونوگرافی ، ماموگرافی ، انواع اسکن ، ام آر آی ، پزشکی هسته ای ( شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ ) ، دانسیتومتری ، هزینه انواع اسکوپ ، کولونوسکوپی و آندوسکوپی ، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی ، انواع اکوکاردیوگرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز پیس میکر ، EECF ، تیلت تست ، خدمات تشخیصی تنفسی شامل ( اسپرومتری ، PFT ) ، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی EMG و NCV ، الکتروانسفالوگرافی ( EEG ) ، خدمات تشخیصی یورودینامیک ( نوار مثانه ) خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری ، پریمتری ، بیومتری و پنتاکم ، شنوایی سنجی ( انواع ادیومتری ) ، هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی ( به استثناء چکاپ ) شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی ، تست های آلرژیک ، هزینه تستهای غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین ، تزریق داخل مفصل ، ازون تراپی و کلیه هزینه های درمانی پاراکلینیکی که در کتاب ارزش نسبی دارای کد ملی می باشد به جز اعمال زیبایی و چکاپ قابل رسیدگی و پرداخت 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.

والدین تحت پوشش هزینه های زایمان ، نازایی و ناباروری و تشخیص بیماری ها و ناهنجاری جنین نمی باشند

**توجه:** ارائه رسید دستگاه کارتخوان (پوز بانکی) و یا ارائه صورتحساب بانکی منطبق با تاریخ و مبلغ فاکتور ارسالی جهت کلیه خدمات دندانپزشکی الزامی می باشد.

به منظور رفاه حال بیمه شدگان محترم، پیشنهاد می گردد متقاضیان استفاده از خدمات دندانپزشکی، ترجیحاً از مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد بیمه البرز (مطب ها و کلینیک های دندانپزشکی) استفاده نمایند؛ لکن چنانچه بیمه شده به هردلیلی به مطب ها و مراکز 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 دندانپزشکی (باستثنای موارد زیبایی) قابل بررسی و پرداخت خواهد بود.

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

در صورتیکه 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.

**توجه ۲:** در صورتیکه ۷۰٪ تاج دندانهای قدیمی از بین رفته باشد و یا اینکه عصب کشی شده باشند، پرداخت هزینه روکش زیرکونیوم بلامانع می باشد.

### ۲-د) ضوابط پرداخت هزینه های دندانپزشکی غیر طرف قرارداد (آزاد):

۱-۲-د) هزینه های دندانپزشکی مطابق طبق تعرفه و حداکثر تا سقف جداول تعهدات بیمه نامه با فرانشیز درج شده، محاسبه و پرداخت می گردد.

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

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

#### ۱-۳-د) ترمیم دندان (پر کردن)

جهت پرداخت هزینه ترمیم دندانها، چنانچه ۴ واحد و یا بیش از آن باشد، ارسال گرافی OPG قبل کار و گرافی پایان درمان الزامیست.

#### 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 و پرداخت 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 OPG قبل درمان الزامیست

#### ۴-۳-د) روکش دندان

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

#### ۵-۳-د) درمان ارتودنسی

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

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

۲- قید اقساط پرداختی در نسخه (گواهی اقساط پرداختی به دندانپزشک)

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 گوشی همراه خود بیمار) الزامیست.  
(منظور از دندان براکت شده، دندان سیم کشی شده است)

**توجه:** حداکثر زمان شروع درمان ارتودنسی، حداکثر ۲ سال (۲ بیمه نامه) قبل از بیمه نامه جاری مورد قبول می باشد.

#### ۲-۵-۳ (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 غیر ثابت) صرفاً برای یک بار در طول بیمه نامه قابل پرداخت است؛ لیکن هزینه براکت شکسته شده غیر قابل پرداخت می باشد.

#### ۶-۳-۳ (درمان ایمپلنت)

##### ۱-۶-۳ (د ضوابط پرداخت هزینه های درمان ایمپلنت :

جهت پرداخت هزینه درمان ایمپلنت، ارائه اسکن C.B.C.T یا O.P.G قبل از شروع کار و رادیوگرافی پری اپیکال بعد از انجام کار الزامی می باشد.

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

##### ۲-۶-۳ (د نحوه پرداخت هزینه درمان ایمپلنت :

هزینه های ایمپلنت پس از تأیید اولیه و تأیید 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 یا روکش ایمپلنت

**توجه:** تفکیک هزینه جراحی، کارگذاری فیکسچر و گذاشتن تاج بصورت مجزا توسط دندانپزشک معالج ضروری می باشد.

#### ۷-۳-۳ (دندان مصنوعی)

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

**توجه:** پرداخت هزینه دندان مصنوعی و نیز کرم کبالت و پلاک آکریلی که توسط دندان ساز تجربی انجام گرفته باشد معادل ۵۰٪ هزینه های انجام شده (قابل پرداخت خواهد بود).

#### ۸-۳-۳ (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 یا استفاده از گوشی همراه از پلاک ضروریست.

##### ۲-۸-۳ (د درمان روکش (S.S.CROWN) :

جهت پرداخت هزینه درمان روکش اطفال در مواردی که بیش از ۴ واحد باشد، ارائه پرینت عکس دندانهای روکش شده، توسط خود بیمار یا استفاده از گوشی همراه ضروریست.

#### ۴-۳-۳ (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 طبق 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 بر که 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 دندانپزشکی جهت بیماران عقب مانده ذهنی و جسمی (اعم از خردسال و بزرگسال) ارائه رادیوگرافی قبل یا معاینه بیمار ضروری نمی باشد و صرفاً ارائه تصویر کارت بهزیستی یا کارت شناسائی 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 مثبت (آزمایش HCG - B و یا سونوگرافی) و نیز کودکان زیر ۱۰ سال 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 دندانپزشکی مورد مراجعه بیمه شدگان، ارائه پرینت یا سی دی آن مورد قبول می باشد.

#### ۴-۵-د) انجام خدمات دندانپزشکی در مراکز دولتی:

عکس قبل و بعد از کار مورد نیاز نمی باشد.

## ۶-د) تعریف انواع گرافی در دندانپزشکی

• **OPG:** نامهای دیگر این تکنیک پانورکس وپانورامیک می باشد. در این تکنیک فکهای بالا و پایین (مگزایلا و ماندیبول) به همراه همه دندانها رویت میگردند. در گرافی OPG وضعیت استخوان و دندانها ونهفتگی ها خصوصاً 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 رادیو گرافی مورد استفاده دندانپزشکان می باشد که چند دندان را پوشش می دهد. این گرافی برای تشخیص ناهنجاریهای تک دندان یا ناحیه کوچکی از دهان (شامل چند دندان) تجویز می گردد. گرافیهای رایج در دندانپزشکی گرافیهای پری اپیکال میباشد و معمولاً یک گرافی برای مشاهده وضعیت دندانهای خاص کافی میباشد. در معالجه ریشه دندان (روت کانال تراپی) ۲ یا ۳ 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.

• **سفالومتري:** 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. سفالومتري 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 می کند.

• **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 ، رویت تصویر کامل صورت بیمار به همراه تصویری واضح از خدمت یا خدمات انجام شده حسب درخواست بیمه گر الزامی است.

#### مشاهده اطلاعات درمانی و استعلام خسارت بیمه شدگان

❖ بیمه شدگان می توانند از طریق مراجعه به سایت شرکت بیمه البرز به آدرس [www.alborzins.com](http://www.alborzins.com) بخشی خدمات

الکترونیک، کلیه هزینه های درمانی خود را با وارد نمودن کد ملی / کد بیمه شده ملاحظه نمایند.

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

## هـ) رسیدگی به اعتراض بیمه شدگان

مقرر گردید جهت رسیدگی به اعتراض بیمه شدگان و یا سایر موارد خاص، جلسات کارشناسی، با حضور نمایندگان طرفین قرارداد، در محل بیمه گذار و یا بیمه گر، به صورت ماهیانه تشکیل گردیده و نظر جمعی در این کمیته جهت پرداخت خسارت، نافذ خواهد بود.

## و) مقررات آیین نامه ای

### ۱- اصل حسن نیت

به استناد ماده ۴ شرایط عمومی بیمه نامه، چنانچه معلوم شود هریک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر 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 به استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است.

۲- و) به استناد ماده ۴ 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.