



صندوق رفاه و تامین آتیه  
کارکنان بانک کشاورزی

یا مَن السَّمِيعُ الْغَیْبِ وَ الَّذِیْ لَا یَسْتَعْفَاءُ



شیوه نامه اجرایی بیمه نامه درمان گروهی

# صندوق رفاه و تامین آتیه کارکنان بانک کشاورزی

شرکت بیمه البرز  
مدیریت بیمه های اشخاص

۱۴۰۱ - ۱۴۰۲

**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 ..... ۳**

۱-ب) نحوه ارسال صورتحسابهای بستری مراکز درمانی غیر طرف قرارداد (آزاد) توسط بیمه شدگان ..... ۳

۲-ب) ضوابط پرداخت صورتحسابها (هزینه های بستری) ..... ۴

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

**ج) بخش سرپایی و پاراکلینیکی ..... ۵**

۱-ج) مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های تشخیصی (پاراکلینیکی) ..... ۵

۲-ج) ضوابط پرداخت هزینه های تشخیصی (پاراکلینیکی) ..... ۶

**د) بخش دندانپزشکی ..... ۸**

۱-د) نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد: ..... ۸

۲-د) ضوابط پرداخت هزینه های دندانپزشکی غیر طرف قرارداد (آزاد): ..... ۸

۳-د) مدارک لازم جهت پرداخت انواع خدمات دندانپزشکی: ..... ۸

۴-د) دندانپزشکی تحت بیهوشی ..... ۹

۵-د) استثنائات در ارائه رادیوگرافی دندان ..... ۹

۶-د) تعریف انواع گرافی در دندانپزشکی ..... ۹

**ه) رسیدگی به اعتراض بیمه شدگان ..... ۱۰****و) مقررات آیین نامه ای ..... ۱۰۰**

## الف) بخش صدور معرفی نامه (پارا کلینیکی – بستری)

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

با توجه به راه اندازی صدور معرفی نامه اینترنتی در اکثر مراکز تشخیصی و بیمارستانهای طرف قرارداد، بیمه شدگان می توانند پس از مراجعه به سایت بیمه البرز به نشانی [www.alborzins.com](http://www.alborzins.com) و حصول اطمینان از امکان صدور معرفی نامه اینترنتی، جهت استفاده از خدمات تشخیصی – درمانی، صرفاً با به همراه داشتن مدارک ذیل و پس از مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد مورد نظر، معرفی نامه مورد نیاز خود را از واحد پذیرش مرکز درمانی مربوطه دریافت نمایند.

مدارک لازم در موارد بستری: ۱- دستور پزشک معالج با ذکر نوع بیماری و تاریخ پذیرش ۲- اصل و تصویر کارت ملی

مدارک لازم در موارد پاراکلینیکی: ۱- دستور پزشک معالج با ذکر نوع خدمت تشخیصی ۲- اصل و تصویر کارت ملی

همچنین کلیه بیمه شدگان می توانند با به همراه داشتن مدارک فوق الذکر، به هر یک از شعب شرکت بیمه البرز مراجعه نموده و نسبت به دریافت معرفی نامه مربوطه اقدام نمایند.

**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؛ می بایست 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 می باشد.

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 می باشد:

[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) موارد ضروری اخذ نظر پزشک معتمد :

در زمان صدور معرفی نامه، بررسی جنبه زیبایی، درمانی و یا غیردرمانی انواع جراحی های ذیل توسط پزشک معتمد بیمه گر 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 قبل از عمل
- انواع جراحی بینی (سپتوپلاستی، رینوپلاستی) و ..... مدارک : گزارش رادیوگرافی و سی تی اسکن قبل از عمل
- انواع جراحی پستان شامل ماموپلاستی (کوچک کردن پستان)، ژینکوماستی (بزرگی پستان در مردان) و..... مدارک : گزارش پاتولوژی، ماموگرافی و سی تی اسکن قبل از عمل
- پیوند پوست / گرافت پوستی : ..... مدارک : گزارش پاتولوژی قبل از عمل (بررسی در خصوص وسعت پیوند پوست)
- جراحی پلک شامل بلفاروپلاستی (ترمیم افتادگی پلک)، بلفاروبتوز (افتادگی پلک) ..... مدارک : گزارش بیناییسنجی 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 صورت وجود تومور یا بروز حادثه و با تأیید پزشک معتمد بیمه گر امکان پذیر می باشد.
- جراحی بای پس معده (کاهش حجم معده) / اسلیو معده (برداشتن بخشی از معده) ..... صدور معرفی نامه بابت این عمل، صرفاً پس از تأیید بیمه گر پایه و اندازه گیری قد و وزن بیمار توسط پزشک معتمد و حصول اطمینان از چاقی مفرط بیمار و  $BMI \geq 40$  (شاخص توده بدنی) بیمار، امکان پذیر است و در سایر موارد نیز می بایست، مطابق معیارهای لازم در شیوه نامه پرداخت خسارت (بررسی دیابت و ...) اقدام گردد.

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

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

• **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:

- **لیزر تراپی:** نظر به اینکه لیزر تراپی، صرفاً جنبه سرپایی دارد، صدور معرفی نامه از محل سقف تعهدات بستری امکان پذیر نمی باشد و اظهار نظر توسط پزشک معتمد با / یا بدون معاینه بیمار، پس از بررسی گزارش آزمایش و پاتولوژی و... در خصوص تعداد جلسات مورد نیاز اعلام می گردد.
- **جراحی اکسیژون لیپوم و تخلیه کیست:** نظر به اینکه جراحی اکسیژون لیپوم و تخلیه کیست عموماً ماهیت سرپایی دارد، صدور معرفی نامه بستری منوط به ارائه گواهی پزشک معالج دال بر لزوم بستری و مشروط به تأیید 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 رادیوفرکوانسی (RF):** صدور معرفی نامه جهت جراحی دیسک به روش لیزری یا RF به تنهایی (بدون لحاظ کدهای دیگر) پس از تأیید 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، ملاک عمل قرار گیرد.

### ب) بخش بستری

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

در صورتیکه بیمه شدگان به هر دلیلی از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده نمایند، می بایست پس از تسویه حساب با مرکز درمانی مربوطه، نسبت به ارائه کلیه مدارک پزشکی مشروح ذیل به بیمه گر اقدام نمایند.

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

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

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

۱-۴-ب) ریز صورتحساب آزمایش، رادیولوژی، سونوگرافی، ام 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.

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

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

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

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

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

۲-۱-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 درگواهی پزشکان، گواهی ویزیت و گواهی مشاوره و سایر اسناد مربوطه الزامی می باشد.

۲-۳-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 پاکبی 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:** پس از پرداخت خسارت توسط بیمه البرز، اصل مدارک درمانی جهت استفاده از بیمه گر اول به هیچ وجه به بیمه شده مسترد نمی گردد.

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

۲-۵-ب) مبلغ خالص پرداختی بیمار، صراحتاً می بایست توسط مرکز درمانی مشخص گردد؛ لذا در صورت درج مبلغ باقیمانده در صورتحساب، پرداخت هزینه منوط به ارائه فاکتور یا صورتحساب مجدد، ممهور به مهر مرکز درمانی مربوطه می باشد.

۲-۶-ب) 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.

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

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

### ۳-۱-ب) ملاک محاسبه و پرداخت خسارت :

در صورتیکه بیمه شدگان به هر دلیلی از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد استفاده نمایند و یا بدون معرفی نامه (صادر شعب / اینترنتی) از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده نمایند (به عبارتی بیمه شده بصورت آزاد بستری گردد)، هزینه انجام شده براساس کتاب ارزش نسبی خدمات و مطابق با تعرفه مراکز درمانی همپراز طرف قرارداد محاسبه و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر اول، پس از کسر کسورات قطعی (از جمله فرانشیز، مابه التفاوت تخت خصوصی و ...) پرداخت خواهد گردید.

**توجه:** مبالغی که برخی از پزشکان به صورت جداگانه و خارج از صورتحساب دریافت می نمایند (مانند حق العمل جراحی و ...)، در صورت ارائه گواهی پزشک معالج مطابق تعرفه وزارت بهداشت و درمان در بخش مربوطه محاسبه و پس از کسر سهم حق العمل مندرج در صورتحساب، مابه التفاوت آن پرداخت خواهد شد.

### ۳-۲-ب) فرانشیز بیمه نامه :

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

۳-۳-ب) **هزینه تخت همراه:** هزینه تخت همراه برای بیماران کمتر از ۱۰ سال و بیش از ۷۰ سال با تجویز پزشک معالج قابل پرداخت می باشد. برای سایر افراد در سنین مختلف نیز تخت همراه با تجویز پزشک معالج و تایید پزشک معتمد 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 بستری مربوط به بیماری های اعصاب و روان (با استثناء جنون):** از محل سقف تعهدات مندرج در بیمه نامه محاسبه و پرداخت می باشد.

**۶-۳-ب) هزینه های عیوب مادرزادی:** صورتحسابهای مربوط به عیوب مادرزادی در صورت تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر (بررسی جنبه درمانی)، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

**۷-۳-ب) هزینه جراحی فک:** هزینه های بستری جراحی فک صرفاً به علت وجود تومور یا وقوع حادثه تحت پوشش بیمه نامه، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

**۸-۳-ب) هزینه آمبولانس (درون شهری و برون شهری):** هزینه انتقال بیمار توسط آمبولانس (صرفاً از منزل به بیمارستان و یا مرکز درمانی و یا از یک بیمارستان به بیمارستان و یا مرکز درمانی دیگر) به شرط بستری بیمار قابل پرداخت می باشد.

### **۹-۳-ب) هزینه رفع عیوب انکساری:**

پرداخت هزینه های رفع عیوب انکساری چشم (شامل لیزیک، لازک و ...) چنانچه نقص بینایی هر چشم به میزان ۳ دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف تعهدات بیمه نامه و با لحاظ فرانشیز 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.

### **۱۰-۳-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 های درمانی در خارج از کشور، می بایست اصل مدارک درمانی منضم به ترجمه آن، جهت بررسی و پرداخت به بیمه گر تحویل گردد.

## **ج) بخش سرپایی و پاراکلینیکی**

کلیه هزینه های سرپایی شامل رادیولوژی، ام آر آی و...، اعمال مجاز سرپایی و سایر موارد مندرج در بیمه نامه و در مجموع کلیه خدمات درمانی که کد آن در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت موجود است (به استثناء اعمال زیبایی) مطابق تعرفه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل پرداخت می باشد.

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

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

۱- ارائه دستور پزشک (به استثناء نسخ الکترونیکی)

۲- ارائه تصویر جوابیه

۳- اصل فاکتور (قبض) مهمور به مهر مرکز درمانی مربوطه

۴- ارائه رسید دستگاه کارتخوان (پوزبانکی) به غیر از هزینه هایی که دارای سهم بیمه گر پایه می باشند.

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

۲-۱-ج) ملاک پرداخت هزینه های پاراکلینیکی، ارائه اصل فاکتور (قبض) می باشد؛ لذا در صورت ارائه فاکتور المثنی یا تصویر فاکتور، مدارک مربوطه عیناً عودت می گردد.

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

۲-۳-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.

۲-۴-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.

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

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

### مدارک لازم جهت پرداخت سایر هزینه های پاراکلینیکی:

۱- ارائه دستور پزشک معالج (به استثناء نسخ الکترونیک)

۲- ارائه تصویر جوابیه

۳- ارائه فاکتور (قبض)، ممهور به مهر مرکز مربوطه

۴- ارائه رسید دستگاه کارتخوان (پوزبانکی)

### ۳-۲-ج) فیزیوتراپی

#### ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های فیزیوتراپی:

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 (پوزبانکی)

**توجه:** پرداخت هزینه های فیزیوتراپی 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.

### ۳-۳-ج) هزینه ویزیت (سرپائی)

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

**توجه ۱:** پرداخت ویزیت مندرج در سربرگ و یا قبض مهمور شده به مهر پزشک، درمانگاه و... مورد تایید 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 در زمان انجام اقدامات دندانپزشکی (بطور همزمان) غیر قابل پرداخت می باشد.

### ۳-۴-ج) عینک

#### 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 (پوزبانکی)

هزینه های مربوط به عینک و لنز تماس طبی به صورت یک نوبت در هر سال بیمه ای قابل پرداخت می باشد.

**توجه:** در صورت غیر متعارف بودن هزینه ها، بیمه شده توسط اپتومتر معتمد بیمه گر دعوت به معاینه می گردد.



## ۵-۳-ج) انواع آزمایش

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

#### ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های آزمایش :

- ۱- ارائه دستور پزشک معالج ( به استثناء نسخ الکترونیک )
  - ۲- تصویر جوابیه آزمایش
  - ۳- ارائه اصل قبض پرداختی ، ممهور به مهر آزمایشگاه
  - ۴- ارائه رسید دستگاه کارتخوان ( پوز بانکی )
- توجه ۱:** هزینه آزمایش ژنتیک با ارائه گواهی پزشک معالج و تصویر جوابیه آزمایش ، پس از تأیید پزشک معتمد بیمه گر از محل آزمایش ژنتیک قابل پرداخت می باشد .

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

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

## ۶-۳-ج) هزینه نسخ دارویی

هزینه نسخ دارویی بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول قابل پرداخت می باشد.

### ۱-۶-۳-ج) ضوابط پرداخت هزینه نسخ دارویی

در صورت درج دستور دارویی در سربرگ پزشک معالج و یا در نسخ دفترچه درمانی ( هزینه آزاد ) موارد ذیل می بایست رعایت گردد :

- ۱- ممهور به مهر پزشک ۲- درج ریز اقلام دارویی ۳- ممهور به مهر داروخانه ۴- درج ریز قیمت داروها ( توسط داروخانه ) ۵- درج حق فنی ۶- ارائه رسید دستگاه کارتخوان ( پوز بانکی )
- 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 .

### ۲-۶-۳-ج) ملاک پرداخت هزینه نسخ دارویی

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

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

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

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

**توجه ۴:** پرداخت حق فنی و عناوین مشابه داروخانه بر عهده بیمه گر می باشد .

### ۱-۲-۶-۳-ج) داروی شیمی درمانی تزریقی - خوراکی

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

## د) بخش دندانپزشکی

جبران هزینه های دندانپزشکی صرفاً محدود به خدمات کشیدن دندان، جرم گیری، بروشاژ، ترمیم، پرکردن، درمان ریشه و روکش به استثناء ( ارتودنسی، ایمپلنت، زیبایی، دندان مصنوعی، جراحی لثه و دندانپزشکی جهت والدین) بقابل پرداخت 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 هر دلیلی به مطب ها و مراکز غیر طرف قرارداد مراجعه نماید، پرداخت کلیه هزینه خدمات دندانپزشکی اعم از کشیدن، جرم گیری و بروشاژ، ترمیم و پرکردن، درمان ریشه، روکش، دندان مصنوعی و ایمپلنت و سایر خدمات درمانی دندانپزشکی (باستثنای موارد زیبایی) قابل بررسی و پرداخت خواهد بود.

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

### 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 قدامی از بین رفته باشد و یا اینکه عصب کشی شده باشند، پرداخت هزینه روکش زیر کونیوم بلامانع می باشد.

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

۱-۲-۵) هزینه های دندانپزشکی طبق تعرفه ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حداکثر تا سقف جداول تعهدات بیمه نامه با لحاظ فرانشیز مندرج در شرایط بیمه نامه محاسبه و پرداخت می گردد.

۲-۲-۵) در صورت انجام خدمات دندانپزشکی خاص و یا غیر متعارف، معاینه بیمار قبل و یا بعد از اقدامات دندانپزشکی (بصورت موردی) توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر ضروری می باشد.

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

#### ۱-۳-۵) ترمیم دندان (پر کردن)

جهت پرداخت هزینه ترمیم دندانها، چنانچه ۵ واحد و یا بیش از آن باشد، ارسال گرافی OPG قبل کار و گرافی پایان درمان الزامیست.

#### ۲-۳-۵) 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.

#### ۳-۳-۵) 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.

#### ۴-۳-۵) 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) دندان پزشکی مربوط به بخش اطفال

### ۵-۳-۱-د) پلاک فضا نگهدارنده ثابت یا متحرک:

جهت پرداخت هزینه پلاک فضا نگهدارنده ثابت یا متحرک ، ارائه پرینت عکس گرفته شده توسط خود بیمار از پلاک ضروریست .

### ۵-۳-۲-د) درمان روکش (s.s.crown) :

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

## ۴-د) دندانپزشکی تحت بیهوشی

در صورت انجام خدمات دندانپزشکی هریک از بیمه شدگان تحت بیهوشی ، کلیه هزینه های صورتحساب ( شامل : حق الزحمه پزشک بیهوشی ، جراح ، اتاق عمل ، دارو ، وسایل مصرفی ، تخت و ... ) بصورت گلوبال (یکجا) مطابق تعرفه از سقف تعهدات دندانپزشکی قابل محاسبه و پرداخت می باشد .

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

۱- کلیه معلولین ذهنی و جسمی

۲- بیماران غیر همکار صرفاً برای سنین کمتر از ۷ سال ( منظور از بیماران غیر همکار، بیمارانی می باشند که با دندانپزشک همکاری نمی نمایند ) .

**توجه :** منظور از خدمات بیهوشی در حین دندانپزشکی صرفاً آن دسته از خدمات است که شرایط استاندارد اتاق عمل مجهز به تجهیزات بیهوشی و حضور متخصص بیهوشی و ارائه برگه استاندارد بیهوشی باشد .

## ۵-د) استثنائات در ارائه رادیوگرافی دندان

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

### ۵-۱-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 .

### ۵-۲-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 ۱۲ سال الزامی نمی باشد .

### ۵-۳-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.

## ۶-د) تعریف انواع گرافی در دندانپزشکی

• **OPG :** نامهای دیگر این تکنیک پانورکس و پانورامیک 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 و نهفتگی ها خصوصاً دندانهای عقل و کیست ها و تومورها 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 میباشند و معمولاً یک گرافی برای مشاهده وضعیت دندانانی خاص کافی میباشد. در معالجه ریشه دندان (روت کانال تراپی) ۲ یا ۳ گرافی پری اپیکال ، قبل ، ضمن و بعد از عمل تهیه می گردد .

بنابراین P.A نوعی روش عکسبرداری (کلیشه کوچک تک دندان) 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 دندانانی ، مشخص شدن کیفیت و کمیت استخوان و بالا بردن سینوس و تومورهای فکی استفاده می شود .

• **سفالومتری:** سفالومتر نوعی دستگاه است که سر را با ابزاری نگه می‌دارد و از آن با اشعه ایکس تصویربرداری می‌کند. و در درمانهای ارتودنسی برای تشخیص ناهنجاریهای دندانی بکار می‌رود. سفالومتری در دو وضعیت رخ و نیم رخ انجام می‌شود، نوعی روش عکسبرداری است که به منظور اندازه‌گیری جمجمه، فک، دندان و صورت انجام می‌شود. به عکس حاصل از این روش سفالوگرام گفته می‌شود. سفالوگرام، گرافی است که دندانپزشکان جراحان دهان فک و صورت از آن به عنوان نقشه درمان استفاده می‌کنند.

سفالوگرام ارتباط بین نسج نرم و استخوان‌ها را نشان می‌دهد و به تشخیص اختلالات رشد قبل از درمان و حین درمان جهت ارزیابی پیشرفت کمک می‌کند.

• **فتوگرافی:** یکی از اعمال انجام ارتودنسی گرفتن فتوگرافی (عکس پرسنلی) از بیمار در حالتهای مختلف است که هزینه آن در تعهد نمی‌باشد.

نوعی عکسبرداری است که توسط دوربین داخل دهانی در مطب و یا توسط دوربین معمولی (توسط خود بیمه شده) انجام می‌گردد. 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 می‌توانند از طریق مراجعه به سایت شرکت بیمه البرز به آدرس [www.alborzins.com](http://www.alborzins.com) بخش خدمات

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

❖ در صورت ثبت و اعلام هزینه‌های درمانی پاراکلینیکی از طریق سامانه نرم افزاری و اپلیکیشن (سیناد البرز) بیمه شدگان می‌توانند

از طریق مراجعه به سامانه سیناد و با وارد نمودن کد ملی، سوابق کلیه هزینه‌های درمانی خود را ملاحظه نمایند.

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

### ه) 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- و) اصل حسن نیت

**طبق ماده ۷ از فصل سوم آیین نامه ۹۹ درمان بیمه مرکزی:** بیمه گزار و بیمه شده مکلفند در پاسخ به پرسش‌های بیمه گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گزار در پاسخ به پرسش‌های بیمه گر از اظهار مطلبی خودداری کند و مطالب اظهار نشده یا خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد، بیمه گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه گزار دریافت و بیمه نامه را ابقا کند یا آن را فسخ نماید. هرگاه ثابت شود بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کذب و یا ارائه 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 می‌شود و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه‌های تشخیصی - درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه شده است.