###  تاریخ:20/04/1402

#### بسمه تعالي

# دستورالعمل اجرايي استفاده از مزاياي بيمه درمان تکمیلی

**احترما حسب استفاده بهینه از مزایای بیمه درمان تکمیلی بدین وسیله مراتب و نحوه استفاده از تعهدات بشرح ذیل اعلام می گردد خواهشمند است به صورت کامل به اطلاع کلیه بیمه شدگان رسانیده شود.**

**الف :نحوه استفاده از بیمارستانهای طرف قرارداد:**

**بیمه شدگان دربیمارستانها ومراکزجراحی محدود دربخش بستری صرفا ازطریق پذیرش درسامانه الکترونیک(سدا) دربیمارستانهای طرف قرارداد با ارائه کارت ملی و دستور پزشک پذیرش میگردند." لذا پذیرش وبستری بیمه شدگان نیاز به صدور ودریافت معرفی نامه از طرف شرکــت سهــامی بیمــه ایـران نمی باشد وکلیه مراحل اجرایی دربیمارستان انجام میگیرد.**

**صرفادرخصوص بیماریها و مواردذیل که شامل :**

**- سپتوپلاستی و رینو پلاستی و اعمال جراحی مربوط به بینی (گرافی قبل از عمل)**

**- آبدومینوپلاستی ولیپوساکشن وعوارض آنها**

**- ماموپلاستی وعوارض آنها**

**- فتق**

**- چاقی مفرط**

**- بلفاروپلاستی**

**- کایفوپلاستی و اسکلیوز**

**-بیماری های اعضاب و روان (به استثنای افسردگی شدید)**

**- جراحی فک**

**- استرابیسم**

**- رفع عیوب انکساری ( لیزیک و لازک و ... ) پرینت کامپیوتری قبل از عمل به همراه تایید پزشک معالج**

**- جراحی ترمیمی اسکارهای قدیمی درهرجای بدن**

**- کورتاژ (آخرین جواب سونوگرافی)**

**\*\*\*72 ساعت قبل ازمراجعه به بیمارستان گواهی پزشک معالج به همراه کپی کارت ملی بیمارو نامه اداری از شرکت مربوطه به این دفتر ایمیل ،تا فرم تاییدیه توسط پزشک معتمد بیمه ایران صادروسپس با ارائه این فرم جهت بستری ، به بیمارستان موردنظر مراجعه نمایند.**

**1- با توجه به اینکه سقف تعهدات بیمه درمان تکمیلی برای هر فرد خانواده مجزا می باشد ونوزاد از زمان تولد و قبل از ترخیص از بیمارستان می تواند از سقف تعهدات بیمه ای مادر استفاده نماید . با توجه به اینکه نوزادان از**

**بدو تولد تحت پوشش میباشند "جهت برقراری پوشش بیمه ای حداکثر تا دو ماه از تاریخ تولد میبایست نسبت به ارسال نامه اداری شرکت به همراه کپی شناسنامه اقدام گردد.**

**2- گواهي تحصيلي جهت فرزندان ذكور بالاي 20 سال (براي دانشجويان پزشكي 26 سال و دانشجويان غير پزشكي حداكثر 25 سال) و براي فرزندان مونث بالاي 18 سال ارائه شناسنامه صفحه اول و دوم الزامي است.**

# 3- در مواردی که بیمار طی بستری نیاز به پروتز (لوازم مورد استفاده در داخل بدن) داشته باشد فاکتور معتبرکه به "تایید پزشک معالج "و اتاق عمل" و بیمارستان" رسیده را به این دفتر ارسال ودر صورتی که از بیمارستانهای طرف قرارداد استفاده نموده باشد پرداخت فاکتور منوط به مشخص شدن مانده سقف تعهدات پس از سپری شدن زمان مورد نیاز تا ثبت مبلغ صورتحساب میباشد.

**ب :مدارك مورد نياز جهت دريافت هزينه هاي درماني كه توسط بيمه گذار راساً پرداخت گردیده:**

**1- ارسال اکسل پر شده طبق نمونه تکمیل شده فرم پیوست (جایگزین نامه اداری شرکت)**

**2- اصل قبض پرداختي ممهور به مهر مرکز مربوطه بابت هزينه انجام شده ضمنا در اکثر بیمارستانها و مراکز درمانی مبادرت به صدور دو قبض مجزا(قبض صندوق– قبض مرکز درمانی)مینمایند که ارسال هر دو قبض الزامیست.**

**3- كپي خوانا جواب دريافتي (به عنوان مثال كپي جواب دريافتي آزمایش یا ام آر ای یا گرافی ).**

**4- کپی خوانا دستور پزشك معالج مبني بر انجام هزينه ارسالي .**

**5- مهلت تحويل مدارك درماني انجام شده حداكثر1ماه از تاريخ قبض پرداختي مي باشد.**

**6- چنانچه بيمه شدگان در بيمارستان هاي غير طرف قرارداد بستري شوند هزينه را راساً پرداخت و ابتدا نسبت به دريافت سهم خود از سازمان خدمات درماني يا تامين اجتماعي (بيمه گر اول) اقدام و سپس كپي برابر**

**اصل مدارك بيمارستاني و كپي چك دريافتي از سازمان هاي مذكور را به همراه مدارك فوق الاشاره ارسال تا بر اساس مفاد قرارداد و تعرفه های مربوطه و هزينه هاي متعلقه پرداخت گردد.**

**(محاسبه هزينه هاي بيمارستاني بر اساس تعرفه بيمارستان يا مراكز درماني همتراز طرف قرارداد با بيمه ایران مي باشد) کلیه هزینه های درمانی پس از اعمـال تعرفه وزرات بهداشت و کـسر فرانشیز مربوطـه پرداخـت می گردد. فلذا پيشنهاد مي گردد جهت بستري حتماً از بیمارستانهای طرف قرارداداين شركت استفاده نمايند.**

**8- جهت دریافت هزینه گچگیری و یا شکستگی، ارسال عکس رادیوگرافی و گواهی پزشک مبنی بر نوع و علت محل شکستگی الزامیست.**

**9- جهت دریافت هزینه بخیه، ارسال گواهی پزشک مبنی بر نوع بخیه ، محل بخیه و تعداد بخیه الزامیست.**

**10-ارسال گزارش پاتولوژی جهت هزینهای برداشتن لیپوم و غده های چربی و مشکلات پوستی دیگر الزامیست.**

**باعنایت به تغییرات صورت پذیرفته و حذف دفترچه های بیمه و راه اندازی سامانه الکترونیک برای دریافت هزینه های پرداختی موارد ذیل مد نظر قرار گیرد تا هزینه ها در اسرع وقت پرداخت گردد.**

**در مورد کل نسخ الکترونیک ، اخذ و ضمیمه نمودن رسید پوز بانکی ، صرف نظر از مبلغ هزینه اجباریست**

**11- نحوه پرداخت هزینه های ویزیت:**

**-در مورد ویزیت و خدمات ارایه شده توسط پزشکان حتما باید چاپ نسخه از سامانه ی نسخه ی الکترونیک ارایه شود در غیر اینصورت ارایه ی کپی نسخه در سر برگ پزشک بادرج کد رهگیری روی آن ضروری است.**

**12-درموارد اورژانس ارسال اصل صورتحساب اورژانس و ریز لوازم و داروی مصرفی اورژانس و مدارک بستری( خلاصه پرونده اورژانس ) الزامیست . در صورت شکستگی گزارش حادثه نیز ارسال گردد .**

**13- بدیهی است در مورد نسخی که روی برگه های باقیمانده از دفترچه ی قبلی بیماران و یا روی سر برگ پزشک نوشته شده است (نسخ غیرالکترونیک)طبق روال قبل عمل میگردد.**

**۱۴-در مورد نسخ الکترونیک اخیر (دارو و پاراکلینیک)بشرط ارایه ی چاپ نسخه از سامانه ی نسخه ی الکترونیک در خصوص خدمات انجام شده و یا فاکتور از سامانه ی مرجع با درج کد رهگیری روی آن ، ضمیمه بودن نسخه ی پزشک (دستور انجام خدمت یا تحویل دارو ) اجباری نیست.**

**14- دندانپزشکی**

**کلیه هزینه های دندانپزشکی الزاما در نسخه پزشک با شرح خدمات انجام شده به همراه رسید پوز بانکی و قبض دریافتی هزینه بهمراه گرافی(قبل و بعد ) انجام شده ارسال گردد.**

**15-هزینه آمبولانس : هزینهای آمبولانس میبایستی همراه مدارک دال بر بستری شدنارسال گردد(شرح حال و خلاصه پرونده و یا صورتحساب بیمارستانی) هزینه آمبولانس از بیمارستان به منزل غیر قابل پرداخت میباشد.**

**16- لیزیک: ارسال اصل پرینت کامپیوتری چشم قبل از عمل که به تایید پزشک معالج رسیده باشد و در آن نمره چشم آن 3 دیوپتر یا بیشتر باشد.**

**17- هزینه عینک الزاما در نسخه پزشک و پیرینت کامپیوتری چشم منضم به اصل فاکتور پرداختی خرید عینک ارسال گردد.**

**18- حذف دوره انتظار برای بیمه شدگانی که ازقبل بیمه تکمیلی پیوسته داشته باشن و فقط برای بیمه شدگان جدید جهت زایمان 9 ماه میباشد.**

**19-هزینه های داروهای بیماری های خاص در موارد غیر بستری ،از سقف جراحی تخصصی طبق تعرفه وزارت بهداشت قابل پرداخت میباشد.**

**20- هزینه های درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط و اقدامات درمانی شامل میکرواینجکشن ،IUI ، ZIFT ، GIFT ،IVF طبق تعرفه وزارت بهداشت پرداخت میشود.**

**ج : نحوه اضافه بيمه شدگان تحت پوشش :**

**1-افرادي که در طول مدت قرارداد مي توانند به اعداد بيمه شدگان اضافه شوند عبارتند از:افراد جديد الاستخدام، كاركنان انتقالي (منوط به اعلام بيمه گذار حداكثر یکماه پس از استخدام و انتقال با ارایه قرارداد همکاری با مهر امضا شرکت وامضا کارمند)، همسر كاركناني كه ازدواج كنند (صفحه اول و دوم بیمه شده اصلی و صفحه اول و دوم شناسنامه همسر) و افرادي كه در اثناي سال بيمه اي تحت كفالت بيمه شده اصلي قرار گيرند(منوط به اعلام بيمه گذار حداكثر ظرف یک ماه پس ازاحراز كفالت .**

**به طور مثال کارکنانی که از ابتدای ماه شروع به کار نموده اند حداکثر تا بیست و پنجم همان ماه میبایست نامه پوشش بیمه ای خود را ارسال نمایند تا بتوانند از مزایای بیمه درمان تکمیلی بهره مند گردند؛ در غیر این صورت و ارسال نامه پس از بیست و پنجم الزاما می بایست در بیست و پنجم ماه بعد عمل گردد که در این صورت از تاریخ شروع به کار یک ماه می گذرد برقراری پوشش بیمه ای طبق مفاد قرارداد و دستور العمل میسر نمی باشد.**

**2-تاريخ موثر براي حذف بيمه شدگان مستند به اعلام كتبي بيمه گذار از تاریخ ترک کار(حداکثر تا یک ماه ) اعلام شده توسط**

**شرکت مي باشد.موارد حذف بيمه شدگان عبارت است از فوت شدگان، خروج از كفالت و كاركناني كه رابطه همكاري يا استخدامي آنان با بيمه گذار قطع مي شود.**

**3-كاركناني كه اسامي و مشخصات آنان و هر يك از اعضاي خانواده شان در ليست اسامي اوليه و تغييرات موضوع بندهاي فوق درج نباشد به استناد از قلم افتادگي نمي توانند در تعداد بيمه شدگان اين قرارداد قرار گيرند.**

**4-نوزادان از بدو تولد بيمه مي باشند منوط به اعلام کتبی بیمه گزار منضم به کپی شناسنامه نوزاد حداكثر تا دو ماه پس از تولد .**

**5-همسر كاركناني كه ازدواج كنند ، حداكثر تا یک ماه از تاریخ عقد میبایست صفحه اول ودوم شناسنامه بیمه شده اصلی وهمسرمنضم به نامه کتبی شرکت را ارسال تا نسبت به برقراری پوشش بیمه ای آنان اقدام گردد.**

**د : نحوه محاسبه هزینه های درمانی :**

**کلیه هزینه های درمانی پس از اعمـال تعرفه وزرات بهداشت و کـسر فرانشیز مربوطـه پرداخـت می گردد (تعرفه: مبلغ مشخص شده توسط وزارت بهداشت و درمان کشور می باشد که در قبال هرگونه هزینه درمانی که از طرف بیمه گذار انجام می گیرد پرداخت میشود)**

**ز : عمرو حوادث :**

**حق بیمه الحاقیه های صادره مربوط به افزایش تعداد بیمه شدگان بر اساس جدول روزشمار محاسبه خواهد شد.**

**تبصره: تاریخ موثر برای پوشش بیمه ای کارکنان جدید الاستخدام از تاریخ استخدام و تاریخ موثر برای حذف پوشش بیمه ای کارکنان حذفی از تاریخ اعلام کتبی میباشد.منوط به اینکه اسامی آنها حداکثر تا پایان ماه بعد از تاریخ استخدام ، اخراج و فوت از طرف بیمه گذار به صورت کتبی به بیمه گر اعلام شده باشد در غیر اینصورت تاریخ موثر برای انجام تغییرات از تاریخ دریافت تقاضای کتبی بیمه گذار توسط بیمه گر خواهد بود**

**در پايان ياد آور ميگردد به جهت عدم تضييع حقوق بيمه شدگان بعلت نداشتن آگاهي از موارد خدمات تحت پوشش و طريقه استفاده خواهشمند است رابطين محترم شركت "دستورالعمل ارسالي را به نحوه مقتضي به اطلاع كليه بيمه شدگان برسانند و در مواردی که در این دستور العمل قید نگردیده خواهشمند با این نمایندگی هماهنگی فرمایید .شماره تلگرام 09370233947 و ایمیل****irannegin5168@gmail.com**

**ضمنا بیمه شدگان میتوانند جهت دستیابی به روند پرونده های خسارتی خود به سایت بیمه ایران قسمت خدمات الکترونیک آیکون سدا جدید ثبت نام نموده و به اطلاعات مورد نیاز خود دسترسی پیدا میکنند . سدا سدا جدید خدمات الکترونیک** [**WWW.iraninsurance.ir**](http://WWW.iraninsurance.ir)

****

**جهت آگاهي از ليست بيمارستانهاي طرف قرارداد از سايت بيمه ايران به نشاني WWW.iraninsurance.irو پس از تاييد از حسابداري بيمارستان نسبت به انتخاب بيمارستان خود اقدام نمائید**

**شرکت سهامی بیمه ایران**

 **نمایندگی نگین5168**