|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مدارک مورد نیاز** | **نوع تعهدات (شیوه نامه جمع آوری هزینه های درمان )** | **ردیف** |
| **برگه دستور پزشک معالج که در آن علت بستری یا جراحی به وضوح ذکر شده باشد - مدارک بستری – اصل صورتحساب – کپی خلاصه پرونده – شرح عمل جراحی – ریز داروها و لوازم – سونوها ، گرافی ها ، در صورت بیهوشی برگه بیهوشی .** | **هزینه های بستری ، جراحی ، شیمی درمانی (بستری و سرپایی) رادیوتراپی ، آنژیوگرافی قلب وانواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود وdaycare تبصره : اعمال جراحی daycare به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی ، کم تر از یک روز باشد . هزینه همراه افراد زیر 7 سال و بالاتر از 70 سال در بیمارستان ها به جز زایمان.** | **1** |
| **برگه دستور پزشک معالج که در آن علت بستری یا جراحی به وضوح ذکر شده باشد- مدارک بستری – اصل صورتحساب – کپی خلاصه پرونده – شرح عمل جراحی – ریز داروها و لوازم – سونوها ، گرافی ها ، در صورت بیهوشی برگه بیهوشی** | **هزینه اعمال جراحی اصلی – مغز و اعصاب مرکزی و نخاع ( به استثنا دیسک ستون فقرات ) ، گامانایف ، قلب ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان و جراحی سرطان (با احتساب بند 1 )** | **2** |
| **برگه دستور پزشک معالج که در آن علت بستری یا جراحی به وضوح ذکر شده باشد- مدارک بستری – اصل صورتحساب – کپی خلاصه پرونده – شرح عمل جراحی – ریز داروها و لوازم – سونوها ، گرافی ها ......** | **هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین** | **3** |
| **دستور پزشک معالج با مهر مربوطه – اصل قبض** | **پاراکلینیکی شامل : انواع سونو گرافی – ماموگرافی – انواع اسکن – انواع آندوسکوپی – ام آر ای – اکوکاردیوگرافی –استرس اکو – دانسیتومتری – انواع آنژیوگرافی ( به جز چشم وقلب )** | **4** |
| **دستور پزشک- کپی گزارش مربوطه اصل فاکتور هزینه ها -** | **هزینه های مربوط به تست ورزش ، تست آلرژی ( اسپیرومتری – PFT) ، نوار عضله ( EMG ) ، نوار عصب (NCV ) ، نوار مغز ( EEH ) ، نوار مثانه (سیستومتری یاسیستوگرام ) ، شنوایی سنجی ، بینایی سنجی ، آنژیوگرافی چشم و هولتر ، مانیتورینگ قلب** | **5** |
| **گواهی پزشک معالج با ذکر نام ناحیه و نوع گچ گیری ( کوتاه یا بلند ) – صورت اقلام مصرفی – عکس ( گرافی ناحیه )** | **جراحی های مجاز سرپایی شامل : شکستگی و دررفتگی – گچ گیری – ختنه – بخیه – کرایوتراپی –اکسیزیون لیپوم – بیوسی – تخلیه کیست و لیزر درمانی ( به استثنای رفع عیوب انکساری دید چشم )** | **6** |
| **کپی صورتحساب یا خلاصه پرونده بیمارستانی مقصد که در آن بیمار بستری شده – هزینه آمبولانس** | **هزینه های آمبولانس داخل شهر و سایر فوریتهای پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی – درمانی طبق دستور پزشک معالج** | **7** |
| **کپی صورتحساب یا خلاصه پرونده بیمارستانی مقصد که در آن بیمار بستری شده – هزینه آمبولانس** | **هزینه های آمبولانس خارج شهر و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی – درمانی طبق دستور پزشک معالج** | **8** |
| **رادیوگرافی یا او پی جی قبل و بعد درمان** | **هزینه های دندانپزشکی ( به استثنای هزینه های مربوط به ارتودنسی ، ایمپلنت ، دست دندان و اعمال زیبایی )هزینه های دندانپزشکی بر اساس تعرفه ای محاسبه میشود که سالیانه سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت های بیمه ، تنظیم و به شرکت های بیمه ابلاغ می کند** | **9** |
| **گواهی و نامه معتبر انجمن پیوند با ذکر نام دهنده و گیرنده – کلیه مدارک بستری** | **تهییه اعضای طبیعی بدن ( صرفا با تائیید انجمن حمایتی مربوطه )** | **10** |
| **دستور پزشک متخصص چشم یا اپتومتربه همراه ویزیت اپتومتری ارائه فاکتور عینک سازی با مهر و آدرس تلفن مرکز مربوطه** | **عینک طبی و لنز تماس طبی** | **11** |
| **متاسب با نوع بیماری مدارک لازم جهت اثبات وجود بیماری خاص و صعب العلاج نظیر : گزارش ام آر آی ، گزارش پاتولوژِی – خلاصه پرونده پزشکی – آزمایشات مربوطه – گواهی از پزشک متخصص و در صورت عضویت کپی کارت عضویت در سازمان ها و مراکز مربوط به بیماری های خاص- گواهی پزشک متخصص مبنی بر نوع بیماری – نام دارو – دوز دارو و مدت زمان درمان**  **نسخه پزشک متخصص – ارائه برگه دوم دفترچه با مهر پزشک – پیرینت و مهر داروخانه** | **درمان بیماری های خاص ( بیماران صعب العلاج ، شیمی درمانی ، ام اس ، و بیماری های خاص به استثنای دارو )** | **12** |
| **جواب آزمایش مبنی بر نازایی – گواهی پزشک متخصص زنان و زایمان** | **هزینه های درمان نازایی و نا باروری ( هزینه های تشخیصی ، درمانی و دارویی ) و اعمال جراحی مرتبطGIFT ZIFT، IUI، میکرواینجکشن و IVF** | **13** |
| **سربرگ پزشک معالج با مهر و امضای پزشک مربوطه** | **ویزیت ( طبق تعرفه وزارت بهداشت ) و دارو بر اساس فهرست دارو های مجاز کشور ( صرفا مازاد بر سهم بیمه گر اول و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری )** | **14** |
| **ارائه دستور پزشک متخصص- فاکتور ممهور به مهر شرکت تجهیزات یا داروخانه** | **هزینه های اروتز ( طبق تعریف وزارت بهداشت )** | **15** |
| **کپی جواب آزمایش مربوطه – دستور پزشک معالج –پیرینت پرداختی** | **هزینه خدمات آزمایشگاهی ( بغیر از چکاپ و غربالگری ) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی ، پاتولوژِی ، آسیب شناسی ، ژنتیک پزشکی ، انواع رادیوگرافی ، نوار قلب و فیزیوتراپی** | **16** |
| **پیرینت کامپوتری – برگه اپتومتری کامپیوتری – کلیه مدارک مستدل نظیر صورتحساب و ضمایم دیگر پرونده درمانی** | **لیزیک چشم راست و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمعد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دوربینی ، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ( درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات ) 3 دیوپتر یا بیشتر باشد** | **17** |
| **پیرینت کامپوتری – برگه اپتومتری کامپیوتری – کلیه مدارک مستدل نظیر صورتحساب و ضمایم دیگر پرونده درمانی** | **لیزیک چشم چپ و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دوربینی ، آستیگمات یا با جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ( درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات ) 3 دیوپتر یا بیشتر باشد .** | **18** |
|  | **هزینه تشخیص بیمارها و ناهنجاریهای جنین** | **19** |