

مدارک مورد نیاز برای گرفتن خسارت درمان

| ردیف | نام تعهد | شرح تعهدات | مدارک مورد نیاز |
|------|------------------------------------|--|---|
| ۱ | هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی) | هزینه های بستری طبی و جراحی ، رادیو تراپی، هر نوع آنژیوگرافی (بجز چشم) انواع سنگ شکن در بیمارستان ، مراکز جراحی محدود و Day Care هزینه همراه افراد کمتر از ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستان بجز زایمان | ۱- اصل دستور پزشک برای بستری ۲- کپی برگ خلاصه پرونده ۳- شرح عمل ۴- اصل صورتحساب بیمارستان با مهر و امضاء حسابداری ۵- شرح بیهوشی ۶- پوز بانکی |
| ۲ | جراحی های تخصصی | اعمال جراحی تخصصی شامل: افزایش سقف تعهدات برای شیمی درمانی، رادیو تراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز، اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات ، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان ، آنژیوپلاستی و کلیه ی اعمال اینترونشنال عروق کرونر و عروق داخل مغز | ۱- اصل دستور پزشک برای بستری ۲- کپی برگ خلاصه پرونده ۳- شرح عمل ۴ اصل صورتحساب بیمارستان با مهر و امضاء حسابداری ۵- شرح بیهوشی ۶- پوز بانکی |
| ۳ | زایمان | هزینه های زایمان طبیعی و سزارین | ۱- اصل دستور پزشک بابت بستری ۲- کپی برگ خلاصه پرونده ۳- شرح عمل ۴- اصل صورتحساب بیمارستان با مهر و امضاء حسابداری ۵- شرح بیهوشی ۶- پوز بانکی |
| ۴ | پاراکلینیکی جمعیتی | پاراکلینیکی جمعیتی شامل گروه های : هزینه های پاراکلینیکی گروه ۱ شامل :انواع رادیو گرافی، آنژیوگرافی سرپایی عروق محیطی و چشم، انواع سونوگرافی ،ماموگرافی انواع اسکن، ام ار ای ،پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان ایزوتوپ) دانسیومتری (سنجش تراکم استخوان) هزینه های پاراکلینیکی گروه ۲ شامل: انواع آندوسکوپی ، ERCP، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل نوار قلب ،انواع اکو کاردیوگرافی، انواع هولترمانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر ،تیلت تست خدمات تشخیصی تنفسی مانند(اسپیرومتری و PFT و....) خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG, NCV) الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی چشم(مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری، پاپکی متری، پنتاکم و)، خدمات تشخیصی گوش (مانند تمپانومتری، انواع ادیومتری) هزینه های پاراکلینیکی گروه ۳ (آزمایش ها مانند: خدمات آزمایشگاهی (به استثنای مارک های جنینی)، پاتولوژی ،تستهای آلرژیک ، ژنتیک پزشکی (به استثنای آزمایشات ژنتیک جنین و غربالگری ژنتیک والدین)) هزینه های پاراکلینیکی گروه ۴ خدمات غربالگری جنینی و تشخیص و درمان ناهنجاریهای جنینی شامل: اکوی قلب جنین ،مارک های جنینی و آزمایشهای ژنتیک جنین، هزینه های پاراکلینیکی گروه ۵ (توان بخشی): فیزیوتراپی (PT)، گفتاردرمانی (ST) ، کار درمانی (OT) | ۱- اصل دستور با مهر پزشک برای نسخ کاغذی ، کدرگیری برای نسخ الکترونیک ۲- کپی جواب برای خدمات سونوگرافی ،آزمایش ،ماموگرافی ،ام آر آی، و آندوسکوپی و نوار عصب و عضله و سنجش تراکم استخوان و نوار مغز و نوار چشم و... ۳- اصل فاکتور با مهر مرکز ۴- پوز بانکی |

مدارک مورد نیاز برای گرفتن خسارت درمان

| | | |
|---|---|---|
| <p style="text-align: center;">۵</p> <p style="text-align: center;">اعمال مجاز سرپایی</p> | <p>هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند: شکستگی، دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه کرایوترایی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست، لیزر درمانی</p> | <p>۱- اصل دستور پزشک برای جراحی سرپایی در مطب با مهر پزشک ۲- اصل فاکتور با مهر پزشک به همراه کد خدمت انجام شده توسط پزشک ۳- پوزبانکی</p> |
| <p style="text-align: center;">۶</p> <p style="text-align: center;">ویزیت و دارو</p> | <p>جبران هزینه ویزیت، دارو</p> | <p>۱- اصل دستور با مهر پزشک برای نسخ کاغذی، کدرهگیری برای نسخ الکترونیک ۲- پرینت کامپیوتری داروخانه به همراه مشخصات بیمار با مهر داروخانه و کدرهگیری در صورت پذیرش الکترونیکی ۳- پوزبانکی</p> |
| <p style="text-align: center;">۷</p> <p style="text-align: center;">هزینه نازایی و ناباروری</p> | <p>هزینه های درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط و اقدامات درمانی شامل IVF, GIFT, ZIFT, IUI</p> | <p>۱- اصل دستور پزشک ۲- اصل صورتحساب بیمارستان و مرکز درمانی با مهر حسابداری به همراه خلاصه پرونده و برگ بیهوشی ۳- پوز بانکی</p> |
| <p style="text-align: center;">۸</p> <p style="text-align: center;">هزینه های آمبولانس داخل و خارج شهر</p> | <p>آمبولانس داخل و خارج شهر مشروط به بستری بیمار در مراکز درمانی و با نقل و انتقال سایر مراکز تشخیصی و درمانی طبق دستور معالج پزشک</p> | <p>۱- برگ اعزام آمبولانس</p> |
| <p style="text-align: center;">۱۰</p> <p style="text-align: center;">داروهای بیماران خاص</p> | <p>داروهای خوراکی بیمارهای خاص و صعب العلاج در موارد غیر بستری</p> | <p>۱- اصل دستور پزشک بابت دارو ۲- اصل فاکتور ۳- پوز بانکی</p> |
| <p style="text-align: center;">۱۱</p> <p style="text-align: center;">دندانپزشکی</p> | <p>هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی، جراحی لثه، ایمپلنت ارتودنسی و دست دندان مصنوعی (به استثناء اعمال زیبایی)</p> | <p>۱- اصل فاکتور با مهر پزشک ۲- گرافی قبل و بعد برای خدمات ارتودنسی عصب کشی، روکش، ترمیم های دو دندان به بالا، ایمپلنت (هولوگرام ایمپلنت بر روی فاکتور درج شود) ۳- پوز بانکی</p> |
| <p style="text-align: center;">۱۲</p> <p style="text-align: center;">رفع عیوب انکساری دو چشم</p> | <p>رفع عیوب انکساری چشم راست و چپ مانند لازک، لیزیک، یا کارگذاری قرنیه یا لنز داخل چشمی (درجه نزدیک بینی، دوربینی ، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم) (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) شماره چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر.</p> | <p>۱- اصل دستور پزشک ۲- صورتحساب بیمارستان ۳- اصل فاکتور ۴- جواب کراتومتری چشم و ارب اسکن و پنتاکم ضمیمه شود. ۵- پوز بانکی</p> |
| <p style="text-align: center;">۱۳</p> <p style="text-align: center;">سمعک</p> | <p>جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک یک یا دو گوش حداکثر تا سقف</p> | <p>۱- دستور پزشک ۲- کپی جواب شنوایی سنجی ۳- فاکتور کامپیوتری دارای کد اقتصادی ۴- هولوگرام ۵- پوزبانکی</p> |

مدارک مورد نیاز برای گرفتن خسارت درمان

| | | | |
|---|--|-------|----|
| ۱-دستور پزشک ۲-فاکتور با مهر مرکز ۳-کپی خلاصه پرونده ۴-پوز بانکی | هزینه ی خرید اوروتز فقط در صورت جراحی پرداخت میشود | اروتز | ۱۴ |
| ۱-دستور پزشک توسط متخصص یا اپتومتر ۲-فاکتور عینک با مهر مرکز ۳-پرینت کامپیوتری چشم ۴-پوز بانکی | عینک | عینک | ۱۵ |