

# بیمه درمان

\*\*\*\*\*

## مقدمه

دانشگاه علم و صنعت به منظور رفاه و جبران قسمتی از هزینه های بیمارستانی و پاراکلینیکی کارکنان و خانواده تحت تکفل ایشان اقدام به عقد قرارداد با بیمه درمان سامان (SOS) نموده است، لذا به منظور اطلاع بیشتر همکاران، برخی از مقررات مربوطه، به شرح زیر به آگاهی می رسد.

## اصول و تعاریف

- ❖ **بیمه گراول (بیمه پایه):** منظور از بیمه گر اول در این مستند، تامین اجتماعی یا خدمات درمانی می باشد.
- ❖ **بیمه گر:** همان شرکت بیمه سامان (SOS) می باشد.
- ❖ **بیمه شده:** عبارت است از کلیه پرسنل و اعضای خانواده تحت تکفل ایشان که توسط شرکت به بیمه گر معرفی می شوند.

**تبصره ۱:** در صورت بستری نوزاد در بدو تولد، در سریعترین زمان ممکن، کپی شناسنامه نوزاد، و دستور پزشک مبنی بر علت بستری، به بیمه تکمیلی واحد رفاه ارائه گردد.

**تبصره ۲:** جهت جبران هزینه های زایمان ارائه کپی از صفحه اول و دوم شناسنامه الزامی است

**تبصره ۳:** هزینه هایی از قبیل خدمات ویژه هنگام بستری در بیمارستان مانند (اتاق خصوصی، هزینه همراه، تلفن، لوازم شخصی، غذای اضافی، غذای اختصاصی، غذای رژیمی و...) قابل پرداخت نمی باشد.

**تبصره ۴:** درصد معینی از هزینه های بیمارستانی که تامین آنها به عهده بیمه شده می باشد به شرح زیر تعیین می گردد:  
✓ فرانشیز هزینه های درمانی (تعهدات قرارداد) در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر اول (تامین اجتماعی، خدمات درمانی) معادل ۱۰٪ می باشد.

**مهلت ارائه صورت هزینه ها به بیمه گر، حداکثر ( ۴ ماه تمام ) از تاریخ تنظیم صورتحساب می باشد.**  
**( در صورتیکه از تاریخ روی فاکتور بیش از ۴ ماه بگذرد امکان پرداخت هزینه ها وجود ندارد )**

**از ارائه اصل جواب ها خودداری فرمائید، اسناد پاراکلینیکی به هیچ عنوان عودت نمیگردد**

## استثنائات (ویزیت توسط پزشک معتمد بیمه گر)

- ❖ پرداخت هزینه بیماری اضطرابی، عمل جراحی بینی، سیتوپلاستی، ماموپلاستی، بلفاروپتوزیس ( افتادگی پلک )، استرابیسم ( انحراف چشم )، رفع عیوب انکساری چشم ( لیزیک، لازک و ... )، انواع فتق، هرنی نافی، هرنی شکمی جراحی های چاقی مفرط ( اسلیو و یا بای پس معده ) و ... (مگر با تایید پزشک معتمد بیمه تکمیلی و یا تایید پزشک معتمد سازمان های بیمه گر اول قبل از اقدام به درمان ) امکان پذیر می باشد.

## سایر شرایط و مقررات

- ❖ **قبض های پرداختی آنلاین، کپی، اسکن شده، قبض دستگاه پوز، و همچنین قبض های صادر شده از طرف شرکت های واسط همچون اسنپ دکتر، پزشک آنلاین، دکتر ساین و موارد مشابه فاقد اعتبار و غیر قابل پرداخت می باشد.**
- ❖ **مدارکی که تاریخ آن مخدوش باشد و یا فاقد مشخصات کامل بیمار و پزشک معالج باشد ترتیب اثر داده نخواهد شد.**
- ❖ **در صورت اقدام به درمان جراحات، بخیه، گچ گیری و موارد مشابه، ارائه شرح حادثه توسط حادثه دیده با درج تاریخ و امضاء الزامیست**

- ❖ توجه داشته باشید صورتحساب هایی که مبلغ باقیمانده داشته باشند قابل پرداخت نیستند و می بایست مبلغ پرداخت نهایی قبضها مشخص باشد.
- ❖ لازم به توضیح است تمامی هزینه ها بر اساس تعرفه سازمان نظام پزشکی، کارشناسی و پرداخت می-گردد.
- ❖ به همکاران گرامی توصیه می گردد جهت متضرر نشدن و محاسبه هزینه ها طبق تعرفه وزارت بهداشت حتی الامکان برای پذیرش بستری و استفاده از خدمات پاراکلینیکی از بیمارستانها و مراکز طرف قرارداد بیمه استفاده نمایند.

. مدارک مورد نیاز جهت ارزیابی و پرداخت هزینه های درمان

### ( در صورت استفاد از مراکز غیر طرف قرارداد )

- ❖ کلیه کارکنان در موارد استثناء در ارتباط با انتخاب بیمارستان، امکان استفاده از بیمارستانهای خارج از قرارداد بیمه را با توجه به شرایط مندرج زیر را خواهند داشت:

- ✓ شخص استفاده کننده پس از تسویه حساب با بیمارستان، پرونده درمانی خود را دریافت نموده و پس از تهیه یک سری کپی کامل به کارگزاری اسناد پزشکی بیمه گر اول ( تامین اجتماعی، خدمات درمانی ) مراجعه خواهند نمود.
- ✓ مدارک فوق در سازمان مذکور ممهور به مهر آن محل و مهر کپی برابر اصل خواهد شد.
- ✓ کپی مستندات به اضافه گواهی مبلغ دریافتی از بیمه گر اول را به بیمه تکمیلی توسط متقاضی ارائه گردد

### ❖ اسناد بستری در بیمارستان:

- ✓ اصل صورت حساب بیمارستان ممهور به مهر حسابداری بیمارستان
- ✓ اصل ریز داروها و لوازم مصرفی ممهور به مهر داروخانه بیمارستان
- ✓ اصل قبض پرداخت و کپی جواب رادیوگرافی، آزمایشگاه، M.R.I، سی تی اسکن، اکو، تست ورزش، سونوگرافی، ماموگرافی، مانیتورینگ، آنژیوگرافی و ...
- ✓ گواهی از پزشک مبنی بر تعداد مشاوری صورت گرفته ممهور به مهر پزشک
- ✓ گواهی تعداد جلسات فیزیوتراپی، تاریخ آنها و شرح اقدامات انجام شده در هر جلسه
- ✓ در صورت دریافت هزینه از سوی سازمان تأمین اجتماعی یا خدمات درمانی، ارائه گواهی وجه دریافتی و کپی برابر اصل مدارک از سوی سازمان بیمه گر اول الزامیست

### ❖ در صورت عمل جراحی:

- ✓ برگه شرح عمل جراحی
- ✓ اصل گواهی جراح ممهور به مهر پزشک جراح
- ✓ اصل گواهی بیهوشی ممهور به مهر پزشک بیهوشی
- ✓ اصل گواهی کمک جراح ممهور به مهر پزشک
- ✓ اصل ریز داروها و وسایل مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر داروخانه بیمارستان
- ✓ گواهی از پزشک مبنی بر تعداد مشاوری صورت گرفته ممهور به مهر پزشک
- ✓ در صورت جراحی سیتوپلاستی ارائه گزارش سی تی اسکن، گرافی قبل از عمل جراحی
- ✓ در صورت جراحی کورتاژ ارائه سونوگرافی قبل از عمل
- ✓ ارائه جواب پاتولوژی جهت سایر اعمال جراحی
- ✓ در صورت خرید تجهیزات پزشکی مربوط به عمل جراحی، می بایست اصل فاکتور خرید تجهیزات ممهور به مهر مرکز تجهیزات پزشکی، پزشک معالج، اتاق عمل و حسابداری بیمارستان گردد.

✓

## ❖ جراحی سرپایی:

✓ شرح عمل

✓ اصل صورتحساب و ریز آن ممهور به مهر مرکز جراحی

✓ در خصوص خارج کردن توده، بیوپسی و یا هر گونه نمونه برداری ارائه کپی گزارش پاتولوژی الزامیست و همچنین می بایست ساینز، محل و نوع توده توسط پزشک مشخص شود.

✓ در صورت انجام بخیه، می بایستی محل و ابعاد جراحت و تعداد بخیه جهت محاسبه مشخص شود و شرح حادثه نیز توسط بیمه شده تنظیم و ضمیمه گردد.

✓ جهت گچ گیری، ارائه عکس رادیولوژی، لوازم گچ گیری و شرح حادثه الزامیست.

✓ جهت تزریق PRP ارائه ام آر آی (MRI) قبل از تزریق و داروی تجویز شده الزامی می باشد

✓ داروهای تزریق مفصلی می بایست از داروخانه تهیه شوند.

✓ برداشتن خال به جهت زیبایی، لیزر زیبایی و کلیه اعمالی که جنبه زیبایی داشته باشند غیر قابل پرداخت می باشد.

## ❖ هزینه های پاراکلینیکی:

✓ هزینه های پاراکلینیکی از قبیل سونوگرافی، اسکن، آزمایش و ... :

➤ اصل قبض پرداخت وجه، ممهور به مهر مرکز درمانی با قید تاریخ و نام کامل بیمار یا کد ملی

➤ اصل برگه دستور پزشک معالج ممهور به مهر یا ارائه پرینت نسخه الکترونیک (از سامانه تامین اجتماعی، خدمات درمانی)

➤ کپی جواب آزمایش، سونوگرافی و ...

➤ تکمیل فرم ارسال مدارک ( در دو نسخه )

## ✓ فیزیوتراپی:

➤ ارائه دستور پزشک ( شامل ذکر تاریخ و تعداد جلسات و ذکر ناحیه درمان ) با مهر و امضای متخصص مرتبط ( متخصص مغز و اعصاب، طب فیزیکی، توانبخشی، ... )

➤ در صورتیکه تعداد جلسات درمانی بیمار بیشتر از ۱۰ جلسه یا بیش از دو ناحیه باشد، ارائه مستندات بیماری (گزارش MRI، گزارش اسکن و سابقه بیماری ...) الزامی می باشد.

➤ انجام فیزیوتراپی حتما بایستی توسط فیزیوتراپیست صورت پذیرد.

## ✓ کار درمانی و گفتار درمانی:

➤ ارائه دستور پزشک متخصص و توضیحات پزشک مربوطه مبنی بر علت تجویز و تعداد جلسات گفتاردرمانی، کار درمانی و صورتحساب به تفکیک تاریخ اقدامات درمانی.

## ❖ عینک

✓ برگه تعیین نمره چشم توسط پزشک متخصص چشم (با قید نام کامل، تاریخ و مهر)

✓ اصل قبض پرداخت وجه ممهور به مهر مرکز خرید عینک و قید تاریخ

✓ پرینت تعیین نمره چشم اپتومتریست و ممهور به مهر ضمیمه گردد

## ❖ رفع عیوب انکساری چشم :

✓ برگه تعیین نمره چشم توسط پزشک متخصص چشم (سه دیوپتر یا بیشتر)

✓ ارائه دستور پزشک مبنی بر نوع درمان

✓ پرینت اپتومتری

❖

## ❖ ویزیت و دارو

### ✓ ویزیت:

➤ اصل گواهی پزشک مبنی بر انجام ویزیت، ممهور به مهر پزشک معالج و قید نام کامل بیمار و تاریخ انجام ویزیت.

### ✓ دارو:

✓ در مورد فاکتور داروهایی که نسخه ان بصورت الکترونیکی تجویز شده پرینت نسخه پزشک از داروخانه جهت پرداخت هزینه الزامی است

✓ در خصوص نسخ دارویی که توسط داروخانه بدون مشخصات پزشک یا بیمار صادر گردیده و امکان استعلام نسخه الکترونیکی وجود ندارد بیمه شدگان بیمه تامین اجتماعی به آدرس

✓ <https://eservices.tamin.ir/view/#patien-history> و بیمه شدگان بیمه سلامت به آدرس

<https://csp.gov.it/services/history#collapse6> مراجعه نموده و سپس وارد جزئیات نسخه شده و پرینت صفحه

مربوطه که شامل مشخصات پزشک، نسخه تجویزی و مشخصات بیمار می باشد را ضمیمه نمایند.

➤ **داروهای آزاد:** اصل نسخه پزشک یا (پرینت نسخ الکترونیک)، مبلغ و ریز مبلغ داروها و یا پرینت ریز دارو ممهور به مهر داروخانه الزامی می باشد.

➤ **داروهای تحت پوشش بیمه پایه:** کپی نسخه پزشک یا (پرینت نسخ الکترونیک) و پرینت ریز اقلام دارویی ممهور به مهر داروخانه.

➤ **ویتامین و مکمل:** با تأیید پزشک متخصص مرتبط و ارائه گواهی مبنی بر علت تجویز و مدت مصرف دارو

➤ مقدار تجویز دارو توسط پزشک، حداکثر برای مدت ( سه ماه ) مجاز می باشد.

➤ برای تهیه داروهای خاص از داروخانه هایی همچون سیزده آبان، هلال احمر و ... علاوه بر برگه پرینت داروخانه، حتما فاکتور خرید دارو نیز دریافت گردد.

➤ داروهای درمان کرونا از قبیل رمدسیویر، علاوه بر داشتن دستور پزشک متخصص به شرط داشتن جواب مثبت PCR یا جواب اسکن ریه که نشاندهنده درگیری ریه باشد قابل پرداخت می باشد.

➤ افرادی که می بایست از اقلام دارویی خاص و گرانبه (مبالغ بیش از ۷,۰۰۰,۰۰۰ ریال) استفاده نمایند، هر بار کپی تأییدیه پزشک مبنی بر نوع بیماری و درمان و مدت زمان و مقدار مصرف دارو را ضمیمه نسخه دارو نمایند.

## ❖ اورژانس

✓ گواهی پزشک اورژانس مبنی بر علت مراجعه و اقدامات درمانی

✓ برگه وضعیت بیمار ( برگه تریاژ )

✓ ارائه اصل صورتحساب با مهر اورژانس بیمارستان **به انضمام** کلیه قبوض پرداختی و نتایج خدمات انجام شده مانند ( کپی

جواب سونوگرافی، آزمایش، ... و ریز دارو و لوازم مصرفی )

## ❖ سمعک

✓ اصل دستور پزشک متخصص گوش حلق بینی مبنی بر خرید سمعک

✓ گزارش و گواهی ادیولوژیست ( برگه ادیومتری )

✓ اصل فاکتور خرید ممهور به مهر مرکز خرید و قید تاریخ

✓ کپی کارت گارانتی ممهور به مهر فروشگاه که تاریخ اتمام یا شروع گارانتی در آن درج شده باشد

\*\*\*

✓

- ✓ توصیه می گردد قبل از تهیه سمعک با مراجعه به کمیسیون پزشکی سازمان " تامین اجتماعی یا خدمات درمانی " تأییدیه پزشک معتمد سازمان بیمه گر اول مبنی بر لزوم استفاده از سمعک دریافت شود
- "با داشتن این گواهی، کمک هزینه خرید سمعک توسط سازمان بیمه گر اول پرداخت میگردد"

## ❖ تجهیزات پزشکی

### ✓ کفش و کفی طبی:

- گواهی پزشک متخصص مرتبط مبنی بر علت تجویز
- ارائه گزارش اسکن کف پا
- فاکتور خرید مرکز ارتوبد فنی

### ✓ جوراب واریس:

- گواهی پزشک متخصص مرتبط مبنی بر علت تجویز
- سونوگرافی داپلر عروق اندامهای تحتانی

### ✓ لوازم و تجهیزات توانبخشی ... :

- ارائه دستور پزشک متخصص مرتبط
- ارائه مدارک اقدامات تشخیصی ( گزارش MRI – گزارش اسکن و ... ) سابقه بیماری و یا اسناد مربوط به عمل جراحی

❖ انجام تست ریه (با کیت های تشخیصی) در مطب و خدمات درمانی و پرستاری در منزل خارج از تعهد بیمه و غیر قابل پرداخت می باشد

❖ هزینه آزمایش کرونا با ارائه دستور پزشک به انضمام کپی جواب و اصل قبض آزمایشگاه قابل پرداخت می باشد

## مقررات استفاده از خدمات دندانپزشکی

❖ کلیه کارکنان مشمول استفاده از خدمات دندانپزشکی قادر خواهند بود با مراجعه به دندانپزشکی های معتبر با در نظر گرفتن موارد ذیل نسبت به انجام خدمات دندانپزشکی تا سقف مندرج در جدول سقف تعهدات، اقدام نمایند:

✓ در صورتی که همکاران تمایل به استفاده از مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد بیمه کمک رسان را دارند می توانند با به همراه داشتن کارت ملی به آن مراکز مراجعه، تا بعد از انجام معاینه درخواست معرفی نامه از طرف مرکز دندانپزشکی به شرکت کمک رسان صورت پذیرد سپس جهت پیگیری معرفی نامه می توانند با تلفن ۸۸۶۴۸۴۲۱ در ساعات اداری شنبه تا چهارشنبه تماس حاصل فرمایند.

✓ در صورتیکه معرفی نامه برای مرکز درخواست کننده صادر گردد و عضو از انجام درمان در آن مرکز به هر دلیل انصراف دهد و به مرکز دیگر مراجعه نماید و یا هزینه را نقدا پرداخت نماید، بیمه شده می بایستی قبل از ارائه صورتحساب به بیمه گر نسبت به ابطال معرفی نامه صادر شده اقدام نماید.

در غیر اینصورت بیمه گر معرفی نامه را فعال دانسته و پرداخت هزینه صورت نمی پذیرد.

❖ مدارک مورد نیاز جهت ارزیابی اسناد:

✓ ارائه صورتحساب پرداخت هزینه دندانپزشکی با توضیح اقدامات انجام شده، مهمور به مهر و امضای دندانپزشک

✓ ارائه عکس رادیوگرافی قبل و بعد از درمان در مواردی که در ذیل اشاره میگردد:

❖ در موارد ذیل الذکر انجام خدمات دندانپزشکی نیاز به ارائه عکس رادیوگرافی قبل و بعد می باشد :

✓ پر کردن و ترمیم بیشتر از ۳ مورد، ترمیم دندانهای شماره ۱ و ۲ و ۳، عصب کشی، جراحی، روکش، بریج، ایمپلنت، ارتودنسی و... با ارائه رادیوگرافی ( قبل و بعد اتمام کار) امکان پذیر می باشد

\*\*\*

✓ کودکان زیر ۷ سال نیازی به ارائه عکس رادیوگرافی نمی باشند، مگر در مواردی که اقدام به درمان بدون عکس امکان پذیر نباشد.

### نحوه استفاده بیمه شدگان از بیمارستانها و مراکز طرف قرارداد

( استفاده از معرفی نامه )

#### تذکر:

متأسفانه برخی از پزشکان در مراکز طرف قرارداد بیمه مشغول به فعالیت هستند که بیماران را با بیمه تکمیلی پذیرش نمی کنند. بنابراین حتما قبل از درمان، پزشک را از داشتن بیمه تکمیلی مطلع سازید و از وضعیت ادامه درمان با پزشک مربوطه اطلاع کسب فرمائید.

#### روش اول:

اعضا با مراجعه به مراکز طرف قراردادی که امکان صدور معرفی آنلاین را دارند، می توانند با اعلام نوع بیمه خود (سامان SOS) و ارائه کارت ملی به پذیرش، از معرفی نامه آنلاین استفاده نمایند.

#### روش دوم:

در صورت آنلاین نبودن مرکز درمانی ارسال فکس تصویر واضح از دستور پزشک و تصویر کارت درمان تکمیلی با اطلاعات ذیل به شماره ۸۸۶۴۸۶۶۲، سپس با شماره تلفن شبانه روزی ۸۸۶۴۸۴۲۱ جهت تائید دریافت فکس و هماهنگی تماس حاصل فرمایید.

❖ نام و نام خانوادگی بیمار

❖ کد ملی

❖ نام مرکز درمانی

❖ تاریخ پذیرش یا بستری

❖ علت مراجعه یا بستری

❖ شماره همراه

❖ و در نهایت قید عنوان "سامان SOS"

کد رهگیری به شماره تماسی که از طرف عضو اعلام شده پیامک می گردد و نهایتاً کد رهگیری، در تاریخ تعیین شده می بایست به پذیرش مرکز درمانی یا بیمارستان ارائه گردد.

چنانچه بیمه شده از معرفی نامه استفاده نماید و کمتر از دو ماه مجدد نیاز به استفاده از معرفی نامه داشته و یا برای دریافت هزینه صورتحساب ارسال نماید، بایستی صورتحساب مرکز درمانی که بار اول بدان مراجعه داشته را به واحد صدور معرفی نامه کمک رسان ایران SOS، مربوط به استان خود را جهت تخمین سقف تعهدات ارسال نماید.

**جهت آگاهی از لیست بیمارستانهای طرف قرارداد به سایت شرکت بیمه کمک رسان مراجعه نمایید:**

<https://www.iranassistance.com/CareCenter/Index>