شیوه نامه نحو ارسال مدارک خسارت قرارداد دانشگاه بیرجند

نکات کلی :

الف) فاکتورها باید شامل ۱- نام و نام خانوادگی بیمار ۲- تاریخ دریافت خدمت ۳- مهر مرکز ارائه دهنده خدمت ۴- آدرس و شماره تلفن مرکز درمانی

۲- جهت خسارت های بیش از ۳۰ میلیون ریال سند رسمی واریز خسارت اعم از رسید دستگاه پوز بانکی یا پرینت بانکی یا ..... ضمیمه گردد

(اصلاح بند ۱۹ ماده چهارم شرایط عمومی)

(هزینه عینک و دندان پزشکی و فیزیوتراپی و کاردرمانی ، گفتار درمانی به هر مبلغی باید پوز یا رسید بانکی ضمیمه گردد.)

ج) هزینه های بستری بیمارستان، بیماری های خاص شیمی درمانی و نازایی و.... باید به شعبه ارسال شود و در نرم فزار بارگذار نشود

گچ گیری	فاکتور پزشک (مراکز درمانی) + فاکتور لوازم و داروهای گچ گیری (در صورتی که پزشک بر روی سربرگ خود دستور لوازم و دارو ها را ثبت کرده است تصویر دستور پزشک نیز ضمیمه گردد) + گرافی ناحیه شکسته شده * نکته: اندام و نوع گچ گیری توسط پزشک در فاکتور باید ذکر شود.
تزریق در مفصل	فاکتورتزریق + فاکتور و دستور داروهای تزریق شده * نکته: ناحیه و تعداد تزریق باید در فاکتور توسط پزشک/ مرکز درمانبی مشخص شود
کشیدن پین	فاکتور + گرافی همراه پین * نکته: تعداد پین باید در فاکتور توسط پزشک مشخص شود
دارو	فاکتور دارویی دریافتی از داروخانه (دارای کد رهگیری و مشخصات کامل بیمار و پزشک معالج و مهر داروخانه) * نکته : نسخه های آزاد/ فاقد سهم بیمه گر پایه دستور پزشک نیز ضمیمه شود.
ویزیت	فاکتور دریافتی از پزشک (بر روی سربرگ با مشخصات شامل نام و نام خانوادگی بیمار، تاریخ مراجعه و با مهر پزشک و آدرس و شماره تماس مطب پزشک)
عینک	دستور متخصص چشم یا اپتومتریست (ممهور به مهر پزشک و مرکز عینک فروشی) + فاکتور دریافتی از مرکز عینک فروشی + پوز بانکی یا صورت حساب بانک نکته: در برخی از موارد و به صورت تصادفی عینک و مدارک آن جهت تایید به صورت حضوری توسط شعبه انجام خواهد شد
نمونه برداری – بیوپسی - خارج کردن توده – کیست – میخچه و موارد مشابه	فاکتور (ذکر ناحیه اندازه و تعداد توده یا کیست)+ جواب پاتولوژِی
فیزیوتراپی	دستور پزشک شامل تعداد جلسات، نام نواحی و انواع درمان مورد نیاز + فاکتور به همراه ریز جلسات ممهور شده به مهر مرکز فیزیو تراپی + پوز یا صورت حساب بانکی * نکته: **ماساژ درمانی و لیزر پرتوان و شاک ویو تراپی** و فیزیوتراپی بیش از دو اندام و بیش از ۱۵ جلسه و **فیزیوتراپی در منزل** با تایید پزشک معتمد و با ارائه مدارک تایید کننده از جمله گزارش سی تی اسکن ، ام ار ای یا خلاصه پرونده بیمارستانی و .... صورت می پذیرد
کاردرمانی و گفتار درمانی	دستور پزشک متخصص مربوطه مبنی بر تعداد جلسات در ماه و نوع بیماری + فاکتور با مهر مرکز با ریز جلسات + پوز پرداختی * نکته: در برخی موارد ویزیت بیمار توسط پزشک معتمد با درخواست بیمه گر انجام خواهد شد

سمعک	قید سمت گوش(چپ یا راست)در دستور پزشک و فاکتور ارایه شده الزامی است. مدارک لازم جهت پرداخت هزینه سمعک عبارتند از: ۱- اصل فاکتور چاپی شامل مشخصات کامل خریدار و فروشنده(صادر کننده فاکتور شرکت حامی وارد کننده سمعک باشد)در غیر اینصورت ارائه فاکتور با کد IRC الزامی می باشد . ۲- گزارش شنوایی سنجی ۳- دستور پزشک متخصص مربوطه(معمولا گوش و حلق و بینی) ۴-کارت گارانتی سمعک(دارای تاریخ شروع و مدت اعتبار، جزییات مدل قید شده باشد، سریال سمعک با گارانتی تطابق داشته باشد نکته ۱: سمعک بایستی از مراکز مربوطه و مورد تایید تهیه شود .فاکتور بایستی ممهور به مهر فروشنده، اودیولوژیست و پزشک معالج باشد. نکته ۲: مهلت ارایه هزینه سمعک از تاریخ انجام هزینه ۸ ماه می باشد .لذا در صورتی که بیمار قصد استفاده از سهم بیمه گر اول را داشته باشد؛ بایستی قبل از انقضای مدت مذبور نسبت به دریافت سهم خود(قبل از ارایه به بیمه آسیا)اقدام نماید.
انواع: سونوگرافی، ام آر آی، سی تی اسکن، آزمایشات، گرافی ،تست، اکو، پاتولوژی	فاکتور + جواب/ گزراش کولونوسکوپی: کولونوسکوپی تشخیصی درصورت انجام در مطب توسط فوق تخصص گوارش ، بدون بیهوشی قابل پرداخت می باشد
شیمی درمانی به طور سرپایی	گواهی پزشک معالج با ذکر تعداد جلسات و هزینه + ارائه پاتولوژیِ یا مدارک تایید کننده بیماری (برای اولین نوبت) + فاکتور داروهایی مصرفی تایپ داروخانه و پرینت داروخانه با مهر مربوطه. به شعبه ارسال شود
هزینه های بیمارستانی	در صورت آزاد بودن هزینه(نداشتن سهم بیمه گر اول) ابتدا اقدام به دریافت سهم بیمه گر اول باید شود سپس کپی پرونده به انضمام پرینت سایت یا گواهی مستدل از بیمه گر اول مبنی بر سهم بیمه گر اول **به شعبه ارسال گردد** در صورت داشتن سهم بیمه گر اول اصل صورت حساب مهر و امضاء شده به همراه کپی برابر اصل سایر مدارک **به شعبه ارسال گردد** * نکته : هزینه های مربوط به حادثه (تصادفات و نزاع و خود کشی در تعهد نمی باشد) اعلام کتبی شرح حادثه توسط بیمار
لیزیک و سایر اعمال مربوط به رفع عیوب انکساری چشم	برگه اتو یا اپتومتری کامپیوتری قبل از عمل+ کلیه مدارک مستدل نظیر صورتحساب و ضمایم دیگرپرونده درمانی
تهیه اعضای طبیعی بدن(عضو پیوندی)	مستندات مبنی بر انجام پیوند، گواهی پزشک معالج، صورتحساب پرداختی، گواهی اعطای عضو پیوندی و تایید مراجع ذیصلاح بایستی درپرونده خسارتی ضمیمه شده باشد. (هزینه جراحی پیوند اعضای طبیعی بدن در مراکز دولتی رایگان بوده و بیمار تنها هزینه عضو پیوندی را پرداخت می نماید.) -در بیماران کلیوی، ارایه تصویر کارت عضویت در انجمن بیماران خاص و نامه انجمن نیز به همراه سایر مدارک الزامی است.

دندانپزشکی

فاکتور (بر روی سربرگ شامل نام وآدرس و شماره تماس پزشک معالج) + پوز یا صورت حساب پرداختی به همراه مدارک تایید کننده خدمت

نکته مهم : تاریخ گرافی ها (OPG,PA) باید در بازه قرارداد باشد و دارای نام و نام خانوادگی بیمار باشد مدارک تایید کننده برخی از خدمات :

۱- ترمیم دندان(بیش از ۳ ترمیم در طول قرارداد) : OPG قبل از درمان و در صورت لزوم و تشخیص ارزیاب گرافی یا فتوگرافی بعد از درمان درخواست خواهد شد

۲- جرم گیری : یک بار در طول قرارداد

۳- کشیدن دندان بیش از ۴ مورد: OPG قبل از درمان

۴- جراحی دندان : OPG قبل از درمان

۵- درمان ریشه (عصب کشی)، رزکسیون و رتروگرید: گرافی قبل و بعد از درمان

۶- روکش و بریج دندان : گرافی قبل از درمان (OPG) و بعد از درمان (pAیا OPG)

۷- پست ریختگی: گرافی بعد از درمان

۸- ارتودنسی ثابت:

۸-۱ شروع درمان قبل از ۱۴۰۵/۰۸/۰۱ :

فاکتور + کپی برابر اصل پرداختی های قرارداد قبل به همراه مدارک تایید کننده که تحویل بیمه گر قبلی داده شده است

۸-۲ شروع درمان بعد از ۱۴۰۵/۰۸/۰۱

ارائه گواهی از دندان پزشک شامل تاریخ شروع درمان ،مبلغ کل، ریز مبالغ پرداخت شده با ذکر تاریخ + (OPG)و سفالومتری قبل از درمان + فتوگرافی بعد از چسباندن براکت یا ویزیت بیمار توسط پزشک معتمد+ قبض پوز یا رسید حساب

۹- ارتودنسی متحرک:

گواهی از دندان پزشک+ فتوگرافی با پلاک متحرک در داخل دهان یا معاینه بیمار توسط پزشک معتمد

۱۰ - ایمپلنت:

ارائه گواهی از دندان پزشک + (OPG یا CBCT) قبل از درمان گرافی بعد از درمان (PAیا OPG)

۱۱-)فضا نگدارنده(sm ,روکش SSC :

ارائه گواهی از دندان پزشک + فتوگرافی بعد از درمان یا معاینه توسط پزشک معتمد

۱۲-دندان مصنوعی "

OPG ، فوتوگرافی از پروتز داخل و خارج از دهان + در صورت نیاز معاینه بیمار + پوز پرداختی

نکته: خدماتی که دوره انتظار دارند از قبیل روکش، ایمپلنت، دندان مصنوعی، ارتودنسی و ...ارزیاب در بخی موارد درخواست ارائه پرداختی های قرارداد قبل (بیمه گر قبل) را خواهد کرد

تعاریف : PA: گرافی تک دندان OPG: گرافی تمام فک

فتوگرافی:

عکس یا تصویر واضح صورت بیمارکه خدمت یا خدمات دندان پزشکی انجام شده نمایش داده شود.

تهیه شده با دروبین عکاسی یا موبایل

*نسخه داروهای تخصصی و مکمل توسط پزشک عمومی و متخصص غیر مرتبط در تعهد نمی باشد

*متنا سب با نوع بیماری مدارک لازم جهت اثبات وجود بیماری خاص و صعب العلاج نظیر : گزارش ام آر آی ، گزارش پاتولوژی ، خلاصه پرونده های پزشکی ، آزمایشات مربوطه ، گواهی از پزشک متخصص و در صورت عضویت کپی کارت عضویت در سازمانها و مراکز مربوط به بیماریهای خاص + گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری ،نام دارو،دوز دارو و مدت درمان

* در تمامی موارد که به قبوض / فاکتور اشاره شده منظور اصل قبض/ فاکتور می باشد.

* در تمامی مواردی که گزارش خواسته شده کپی گزارشات مورد نظر می باشد.

* داروهای مربوط به موارد غیردرمانی و زیبایی (پوست و مو) ، لاغری و غیره از مشمول تعهدات خارج می باشد.

*هزینه سونوگرافی در مطب صرفا به پز شک زنان و زایمان با تخصص پریناتولوژی یا فلو شیپ ناباروری طبق تعرفه پرداخت می گردد.

*بیماری های صعب العلاج شامل : بیماری های صعب العلاج عبارتند از : سرطان، دیابت، دو شن، انواع میوپاتی ها، ا سکولیوز پیشـــرفته، صـــرع مقاوم به درمان، هپاتیت مقاوم، بیماریرماتیســـمی شـــدید و مقاوم به درمان (آرتریت، روماتوئید، لوپوس، ا سپوندیلیت انکیلوزان) ، پ سوریازیس مقاوم به درمان، سلیاک، بیماری پروانه ، بیماری متابولیک ناتوان کننده، کرون، کولیت اولسراتیو، آمیوتروفیک لیترال اسکلروزیس یا ALS ای، فلج دایمی حداقل دو اندام یا CP

* بیماری خاص (ارایه مدارک و مستندات لازم، جهت اولین دوره پرداخت خسارت الزامی است)

بیماری های خاص طبق مصوبه وزارت بهداشت در سال ۹۳ شماره ۲۱۵۸۷۲ عبارتند از : همو فیلی، تالاسمی، ام اس - MS یا دیالیز، پیوند کلیه ، تزریق دیسپورت جهت بیماران MS توسط متخصص مغز و اعصاب هزینه با تایید پز شک معتمد از محل این تعهد قابل پرداخت خواهد بود.

* سایر جزئیات و موارد ذکر ن شده نحوه ارائه م ستندات درمانی منطبق با م صوبات و آیین نامه های وزارت بهدا شت درمان و آموزش پزشکی ، بیمه مرکزی و سندیکای بیمه گران ایران می باشد.

هرگونه سوال در مورد موارد یاد نشده در شیوه نامه یا سوال با شماره ۰۹۹۱۲۷۰۵۳۱۱ تماس حاصل فرمایند