

هوالشافی

حضور ارجمند یکایک همکاران گرامی و معظم؛

احتراما" حسب پیشنهاد واحد بیمه و درمان و تصویب هیات مدیره محترم کانون سردفتران و دفترباران، تغییرات صورت گرفته به منظور اجرا از تاریخ ۱۳۹۷/۲/۱۰ جهت استحضار تقدیم حضور می گردد:

۱- هزینه های بیمارستانی"

** کلیه هزینه های عمومی بستری شدن در بیمارستان (حداکثر تعهد سالانه کانون جهت بیماران تا مبلغ ۲۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) حسب نوع بیماری و تشخیص پزشک معتمد کانون.

** کلیه هزینه های تخصصی بستری شدن در بیمارستان (حداکثر تعهد سالانه کانون جهت بیماران تا مبلغ ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال که هزینه های پروتز تا سقف ۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال را نیز شامل می گردد) حسب نوع بیماری و تشخیص پزشک معتمد کانون.

** کلیه هزینه های سزارین و زایمان طبیعی (تا مبلغ ۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)

** اعمال جراحی به طریق لیزیک برای رفع عیوب انکساری چشم (دوربینی، نزدیک بینی، آستیگماتیسم) مشروط براین که از ۳ دیوپتر بیشتر باشد (نصف آستیگماتیسم + دوری یا نزدیک بینی چشم بیمار) با تایید پزشک معالج و پزشک معتمد (دو چشم) تا مبلغ ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال.

چنان چه فرد امکان انجام لیزیک را نداشت و شماره نمره چشم نامبرده ۵ و بیش از ۵ دیوپتر بود در سال مبلغ ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال هزینه عینک و شیشه پرداخت می شود.

** حداکثر تعهد برای هزینه های نازایی طبق نظر پزشک معالج و پزشکان معتمد کانون که جنبه درمانی داشته باشد، برای فرزند اول ۳ مرتبه و برای فرزند دوم به بعد یک مرتبه هر نوبت به مبلغ ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال (شامل ۴۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال درمان و ۲۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال دارو)

۲- خسارتهای تشخیصی-درمانی و پاراکلینیکی و سرپایی

** ویزیت، داروهای ایرانی، تصویر برداری، آزمایشات تشخیصی درمانی، فیزیوتراپی، انواع اسکن و سی تی اسکن و پزشکی هسته ای، رادیو ایزوتوپ و نیز اعمال و سایر خدمات مجاز سرپائی تا مبلغ ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای هر نفر در سال.

** هزینه های داروی هورمون رشد تجویز شده توسط پزشک معالج متخصص و تشکیل پرونده در واحد بیمه و درمان با تایید پزشک معتمد کانون حداکثر دو مرتبه در کل مدت تحت پوشش کانون تا سقف ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال با تایید پزشک معتمد کانون.

** هزینه های داروی شیمی درمانی تجویز شده توسط پزشک معالج متخصص و تشکیل پرونده در واحد بیمه و درمان با تایید پزشک معتمد کانون تا سقف ۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال بر حسب حدود اختیارات قابل پرداخت است.

**هزینه های داروی خارجی تجویز شده توسط پزشک معالج متخصص و برحسب ضرورت و نداشتن داروی مشابه داخلی با تایید کارشناس بخش دارو و پزشک معتمد کانون تا سقف ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال بر حسب حدود اختیارات قابل پرداخت است.

** هزینه های داروی بیماریهای خاص مطابق تعریف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دیالیز، تالاسمی هموفیلی، ام اس ، بعد از تشکیل پرونده در واحد بیمه و درمان تا سقف ۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال بر حسب حدود اختیارات قابل پرداخت است.

** هزینه های داروی بیماریهای صعب العلاج پیوند اعضا ، سرطان ها ، نقص ایمنی مادر زادی ، هیپاتیت B و C بیماریهای شدید روانی ، اعتیاد ، بیماریهای پیشرفته رماتیسمی (لوپوس - آرتریت روماتوئید) CF تا سقف ۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال بعد از تشکیل پرونده در واحد بیمه و درمان بر حسب حدود اختیارات قابل پرداخت است.

-لوازم ارتوپدی در سال ۱۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال برای هر نفر

-تجهیزات مربوطه به دیابت ۲۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال برای هر نفر

-لوازم مصرفی ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال برای هر نفر

-دستگاه تنفسی ۵۰٪ مبلغ فاکتور که از ۴۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال مازاد نباشد.

۳- هزینه های عینک - سمعک - آمبولانس

** حداکثر تعهد برای شیشه و فریم عینک و لنز طبی تماسی هر دو سال یکبار مبلغ ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای یک دید .

** حداکثر تعهد برای شیشه و فریم عینک و لنز طبی تماسی هر دو سال یکبار مبلغ ۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای دودید.

** هزینه عدسی به میزان ۵۰۰,۰۰۰ ریال (مازاد بر مبالغ فوق) قابل پرداخت است.

** حداکثر تعهد هزینه سمعک هر دو سال یکبار با تایید پزشک معتمد حداکثر ۲۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال جهت هر گوش .

** حداکثر تعهد هزینه آمبولانس داخل شهری از مرکز درمانی به مرکز درمانی حداکثر ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال .

** حداکثر تعهد هزینه آمبولانس خارج شهری از مرکز درمانی به مرکز درمانی حداکثر ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال .

-آمبولانس داخل شهری از مرکز درمانی به منزل و برعکس در صورت سکتة یا شکسته بودن عضو مانع حرکت ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال

۴- خسارتهای پزشکی دهان و دندان

** تامین هزینه های پزشکی مربوط به دهان و دندان برای هر نفر بیمه شده ۱۷,۰۰۰,۰۰۰ ریال قابل پرداخت می باشد.

** تامین هزینه های ارتودنسی برای افراد زیر ۱۸ سال تا مبلغ ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال نیز قابل پرداخت است

** تامین هزینه های دندان مصنوعی تا ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال نیز قابل پرداخت است

** تامین هزینه های ایمپلنت حداکثر تا مبلغ ۱۲۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال در طول دوره و برای هر دندان حداکثر ۲۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال در طول مدت پوشش در کانون قابل پرداخت می باشد.

۵- هزینه های پزشکی خارج از کشور

در مواردی که طبق تشخیص کمیسیون پزشکی ذیصلاح (کمیسیون وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی) انجام معالجات در داخل کشور امکان پذیر نباشد، در صورت تأیید صورتحسابهای معالجات انجام شده توسط سفارت و یا کنسولگری ایران در کشور مربوطه، کانون متعهد به پرداخت هزینه های درمانی (در تاریخ بیماری) حداکثر بر مبنای بالاترین تعرفه مراکز درمانی داخل کشور (همترازی) پس از تأیید کمیته درمان و بر اساس سقف هزینه ها قابل پرداخت می باشد.

۶- فرانشیز:

** الف: هزینه های بیمارستانی:

۱- فرانشیز کلیه خدمات بستری در بیمارستانهای خصوصی طرف قرارداد و غیرطرف قرارداد از ۱۵٪ به ۱۰٪ کاهش می یابد.
۲- فرانشیز کلیه خدمات بستری در بیمارستانهای دولتی، غیر دولتی و خیریه طرف قرارداد و غیرطرف قرارداد ۵٪ می باشد.
هزینه های بیمارستانی تا سقف تعهدات واحد درمانی کانون در بیمارستانهای دولتی، غیردولتی و خیریه و عنداللزوم خصوصی مشروط به استفاده از سهم بیمه گرهای پایه مشمول فرانشیز نمی گردد.

** ب: هزینه های پاراکلینیکی:

۱- فرانشیز کلیه خدمات پاراکلینیکی در کلیه بیمارستانها و همچنین سایر مراکز پاراکلینیکی طرف قرارداد از ۱۵٪ به ۱۰٪ کاهش می یابد.

چنان چه بیمار با دفترچه درمانی کانون و یا معرفی نامه به مراکز سرپائی و پاراکلینیکی طرف قرارداد با رعایت موارد استثناء در شهرهای جدول پیوست مراجعه نمایند، فرانشیز پرداختی ۱۰ درصد خواهد بود.

تبصره: بیمه شده با دفترچه های بیمه گر اول اعم از سلامت ایران، تامین اجتماعی و غیره به مراکز طرف قرارداد بیمه های پایه مراجعه نمایند پرداختی فاقد فرانشیز است.

-فرانشیز مراکز درمانی پاراکلینیکی غیرطرف قرارداد با رعایت خدمات درمانی استثنا شده در بند ۱۶ در شهرهای جدول مندرج در بند ۱۷ این دستورالعمل ۲۵٪ می باشد. (به استثنای استانهای چهارمحال و بختیاری، خوزستان و سیستان و بلوچستان که تا اطلاع ثانوی کلیه فرانشیزها ۱۰٪ محاسبه می گردد)

**د* سقف پوششهای سردفتران و دفترباران مستعفی و سلب صلاحیت شده و افراد تحت تکفل آنها با سابقه کمتر از ۱۵ سال تمام اشتغال، در بخشهای بستری و پاراکلینیکی به ۵۰٪ سقف پوششهای افراد عادی با فرانشیز ۵۰٪ خواهد بود.

ه: سقف پوششهای پدر و مادر سردفتران و دفترباران سردفتران و دفترباران شاغل و غیرمشمول بند فوق الذکر با رعایت مفاد شیوه نامه تعیین تکلیف افراد تحت تکفل، ۵۰٪ سقف پوششهای افراد عادی با فرانشیز ۱۰٪ می باشد.

و: فرانشیز سایر موارد خاص، بر اساس شیوه نامه ها و دستورالعملها محاسبه می گردد.

** ارایه هرگونه خدمات به دختران و پسران سردفتران و دفترباران منوط به اخذ استعلام از سازمان تامین اجتماعی است.

۷- استثنائات پرداخت:

- کسورات و موارد خارج از تعهد:

به منظور شفاف سازی برای همکاران و اطلاع از کسورات و موارد خارج از تعهد بیمه و درمان کانون سردفتران و دفترباران به صورت مجزا موارد خارج از تعهد این واحد را با رعایت سقف پوششهای مصوب هیات مدیره محترم و محدود استثنائات ذکر شده در ذیل، بدین شرح است:

الف: موارد خارج از تعهد در بخش بستری:

- کلیه اعمال جراحی که جنبه زیبایی (کدهای ستاره دار) داشته باشد.

- کلیه لوازم بهداشتی، آرایشی و مصرفی و متفرقه (مانند ملحفه، ساک بهداشتی، پوشاک، دستمال کاغذی، هزینه های تلفن و)

- هزینه همراه بیمار صرفاً برای بیماران بالای ۱۲ سال و کمتر از ۶۵ سال قابل پرداخت نیست مگر با تشخیص پزشک معتمد.

- تفاوت هزینه اتاق خصوصی (یک تخته و VIP) با دوتخته بر عهده بیمار است.

- انجام اعمال جراحی برگشت پذیر برای درمان چاقی مفرط مانند ساکشن که حتی با BMI بالاتر از ۴۰ انجام شود خارج از تعهد است.

- سقط جنین (غیردرمانی)، خودکشی و اعمال مجرمانه، ترک اعتیاد، حوادث ناشی از رانندگی و درگیری و نزاع به تشخیص مرجع قضایی

ب: موارد خارج از تعهد در بخش پاراکلینیکی:

- کلیه خدمات پاراکلینیکی که جنبه زیبایی داشته باشد.

- کلیه نسخه های مخدوش

- PRP های زیبایی

- بلیچینگ و لامینت دندان

- هزینه نگهداری بندناف (سلولهای بنیادی)

- ارتودنسی متحرک

- عینک آفتابی

آزمایشها و چک آپهای استخدامی، اخذ گواهینامه و موارد مشابه، خدمات پزشکی قانونی (به استثنای آزمایش ازدواج)

- ارتودنسی بالای ۱۸ سال

- طب سنتی و طب سوزنی و داروهای متعلقه.

- حجامت بیش از یک بار در سال

- درمانهای آبی

- هزینه های حمل متوفی، تغسیل و تدفین اموات

ج: موارد خارج از تعهد در بخش دارو:

- داروهای خارجی که نوع ایرانی داشته باشد، مابه التفاوت داروی خارجی بر عهده بیمار است.

- داروهای از قبیل اشتها آورها و ضد اشتها- کاهش وزن (لاغری) ریزش و تقویت مو و افزایش دهنده حافظه و همچنین پودرهای پروتئین و فیبرهای غذایی غیر قابل پرداخت است.

- کلیه داروهایی که جنبه آرایشی و زیبایی داشته باشد

- پرداخت هزینه کلیه داروهای ویتامینه و مکمل اعم از تولید داخل و خارج

- قطره ویتامین A+D، آهن، مولتی ویتامین، شربت روی، کلسیم و آهن در کودکان و نوزادان بالاتر از ۷ سال

- داروهای ترک اعتیاد

- دارو و لوازم جنسی فاقد جنبه درمانی

- شیرخشک، پوشک، دستگاه بخور، شیشه شیر و موارد مشابه

- داروهای خریداری شده در خارج از کشور در صورت وجود نوع ایرانی آن در کشور، به قیمت ایرانی قابل پرداخت است.

به غیر از موارد فوق الذکر و کسر فرانشیز، کلیه هزینه های همکاران بر اساس تعرفه مصوب دولت توسط کارشناسان محاسبه و بعد از تایید محاسبات از سوی پزشک معتمد کانون پرداخت می گردد.

۸- سایر شرایط:

حداکثر هزینه قابل پرداخت کانون در بیمارستان های غیر طرف قرارداد، معادل تعرفه های مربوطه در بیمارستان های طرف قرارداد کانون می باشد.

چنان چه بیمه شده بدون دریافت معرفینامه از کانون مستقیماً به مراکز درمانی طرف قرارداد مراجعه و هزینه مربوطه را شخصاً پرداخت نماید، مکلف است حداکثر تا ۳۱ خرداد سال بعد نسبت به ارسال اسناد درمانی اقدام نماید. بعد از سپری شدن این تاریخ، به هزینه های ارسال شده رسیدگی نمی گردد.

**هزینه های ارسال شده از سوی همکاران حداکثر ظرف مدت ۴۵ روز در واحد بیمه و درمان قابل رسیدگی خواهد بود.

۹- سقف خدمات پاراکلینیکی:

** سقف خدمات آزمایشگاهی تا سقف ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال بدون معرفی نامه و مازاد آن نیازمند معرفی نامه در مراجعه به مراکز طرف قرارداد است.

** سایر خدمات پاراکلینیکی از قبیل تصویربرداری، فیزیوتراپی، پزشکی هسته ای، آندوسکوپی و ... تا سقف ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال بدون معرفی نامه و مازاد آن نیازمند معرفی نامه در مراجعه به مراکز طرف قرارداد است.

** داروهای تجویز شده توسط متخصص تا سقف ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال توسط پزشک عمومی تا سقف ۲/۵۰۰/۰۰۰ ریال و داروهای تجویز شده توسط دندانپزشک و ماما تا سقف ۱/۵۰۰/۰۰۰ ریال بدون تاییدیه قابل تحویل و مازاد بر این میزان، بعد از تاییدیه نسخ توسط واحد درمان، قابل تحویل و پرداخت خواهد بود.

۱۰- کمیته درمان

** مقرر گردید کلیه پرونده های تا مبلغ ۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال در واحد درمان رسیدگی و پرداخت شود.

** پرونده های از ۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال تا ۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال در کمیته درمان رسیدگی و گزارش آن مستمر به هیات مدیره ارسال گردد.

** رسیدگی به پرونده های بالاتر از ۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال به بالا صرفاً در صلاحیت هیات مدیره خواهد بود.

۱۱- صدور معرفی نامه بیمارستانی و پاراکلینیکی

از مورخ ۹۷/۱/۱ صرفاً به هزینه هایی در استانها رسیدگی می شود که معرفی نامه آنها از سوی واحد درمان مرکز صادر شده باشد.

۱۲ - دفترچه بیمه های پایه

با بررسی به عمل آمده برای افراد خاص و به شرح ذیل پرداخت هزینه دفترچه درمانی سلامت ایرانیان بلامانع است:

(اجرای این بند منوط به اعلام به تفکیک شهرها و شهرستانهای دارای کمتر از ۷ دفتر اسناد رسمی و تعداد و شماره دفاتر فعال در این مناطق از سوی روسای محترم کانونها خواهد بود)

-سردفتران و دفترياران و افراد تحت تکفل در شهرهای کمتر از ۷ دفتر اسناد رسمی مشروط به استفاده از دفترچه پایه در مراکز درمانی همان شهرها
-متقاضیان انجام کلیه اعمال جراحی مشروط به استفاده ایشان از دفترچه پایه در انجام اعمال جراحی
-تهیه داروهای بیماران خاص، صعب العلاج (هورمون رشد، دیابت، MS، پیوند کلیه، نازایی، هیپاتیت، شیمی درمانی، سوختگی، هموفیلی، دیالیز، پیوند اعضا، بیماریهای نادر)

۱۳- تنخواه درمان

پیشنهاد می گردد در سال ۱۳۹۷ تنخواه به همه استانها و با ترتیب آموزش در تهران به مبلغ ۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال پرداخت گردد.
هر استانی که ۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال به بالا هزینه از طریق تنخواه ارسال نموده باشد، تنخواه استان به ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال در هر دوره افزایش یابد.
همچنین هزینه های درمانی ذیل و تا مبلغ ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال در هر استان فقط از طریق تنخواه در استان قابل رسیدگی و پرداخت باشد و واحد بیمه و درمان تهران، صرفا به اسناد درمانی ارسال شده از استانها رسیدگی نماید:
-کلیه ویزیتها
-آزمایشها
-تزریقات، پانسمان
-سونوگرافی
-رادیوگرافی
-تعیین نمره چشم
-نوارعصب و عضله
و مواردی که با اخذ تاییدیه از واحد بیمه و درمان در استانها قابل پرداخت باشد.

۱۴- مواردی که مراجعه به مراکز درمانی غیرطرف قرارداد در سراسر کشور مشمول طرح افزایش فرانشیز نخواهد شد:

-کلیه اعمال جراحی، درمانهای پاراکلینیکی و تهیه دارو در بیمارستانها و درمانگاههای غیرطرف قرارداد
-انجام هرگونه اقدامات درمانی در شهرهایی با کمتر از ۷ دفتر اسناد رسمی
-کلیه ویزیتها، هزینه های سمعک، دندانپزشکی و عینک
-داروهای بیماران خاص، صعب العلاج و سوختگی
-خدمات انجام گرفته در مطب
-مراجعه به آزمایشگاهها و مراکز تصویربرداری و فیزیوتراپیهای خاص که بنا بر توصیه پزشک به آنها مراجعه می گردد مشروط به اعلام موضوع در برگ درخواست هزینه های دفتر اسناد رسمی مربوطه.
-خدمات درمانی که که حسب اعلام روسای کانونها، همکاران به خدمات آنها در استان نیازمند هستند ولی آن خدمات در مراکز غیرطرف قرارداد ارایه شده یا در آن شهرها مراکز طرف قرارداد وجود ندارد.

۱۵- شهرهای مشمول طرح افزایش فرانشیز مراکز درمانی غیرطرف قرارداد با رعایت موارد استثناء در بند فوق الذکر:

(رفع هر گونه نگرانی اجرای این طرح با بند ۷ ماده قبل مرتفع می گردد)

استان آذربایجان شرقی: آذرشهر، اهر، بستان آباد، بناب، تبریز، سراب، شبستر، مراغه، مرند، میانه

استان آذربایجان غربی: ارومیه، بوکان، خوی، سلماس، ماکو، مهاباد، میاندوآب، نقده

استان اردبیل: اردبیل، پارس آباد، خلخال، گرمی، مشکین شهر،

استان اصفهان: آران و بیدگل، اردستان، اصفهان، بهارستان، خمینی شهر، زرین شهر، شاهین شهر، کاشان، گلپایگان، مبارکه، نجف آباد

استان البرز: ساوجبلاغ، کرج،

استان ایلام: ایلام، ایوان

استان بوشهر: بندر دیر، بندر کنگان، بندر گناوه، بوشهر، خورموج

استان تهران: اسلامشهر، پاکدشت، پردیس، پیشوا، تهران، دماوند، رباط کریم، رودهن، شهرری، شهریار، قرچک، کهریزک، ملارد، ورامین

استان چهارمحال و بختیاری: بروجن، شهرکرد، فارس، لردگان

استان خراسان جنوبی: طبس، فردوس، قائن، بیرجند

استان خراسان رضوی: بردسکن، تربت جام، تربت حیدریه، چناران، خواف، درگز، سبزوار، طرقبه، قوچان، کاشمر، گناباد، مشهد، نیشابور

استان خراسان شمالی: بجنورد، شیروان

استان خوزستان: امیدیه، اندیمشک، اهواز، ایذه، باغ ملک، بندر ماهشهر، بهبهان، خرمشهر، دزفول، دشت آزادگان، رامهرمز، شادگان، شوش، شوشتر، مسجد سلیمان

استان زنجان: ابهر، خدابنده، خرم دره، زنجان

استان سمنان: دامغان، سمنان، شاهرود، گرمسار

استان سیستان و بلوچستان: ایرانشهر، زابل، زاهدان

استان فارس: آباده، استهبان، اقلید، بوانات، جهرم، داراب، شیراز، فسا، فیروزآباد، کازرون، لار، لامرد، مرودشت، نورآباد، نی ریز

استان قزوین: آبیک، البرز، بویین زهرا، تاکستان، قزوین

استان قم: قم

استان کردستان: بانه، بیجار، دیواندره، سقز، سنندج، قروه، کامیاران، مریوان

استان کرمان: بافت، بم، جیرفت، رفسنجان، زرنند، سیرجان، شهر بابک، کرمان، کهنوج

استان کرمانشاه: اسلام آباد غرب، پاوه، سرپل ذهاب، سنقر، صحنه، کنگاور، هرسین

استان کهگیلویه و بویر احمد: دهدشت، دوگنبدان، یاسوج

استان گلستان: آزاد شهر، آق غلا، بندر گز، علی آباد، کردکوی، کلالة، گرگان، گنبد کاووس، مینو دشت

استان گیلان: آستارا، املش، رشت، بندر انزلی، تالش، رودبار، رودسر، صومعه سرا، فومن، لاهیجان، لنگرود، ماسال

استان لرستان: ازنا، الیگودرز، بروجرد، پل دختر، خرم آباد، دورود، سلسله، کوهدشت

استان مازندران: آمل، بابل، بابلسر، بهشهر، تنکابن، چالوس، رامسر، ساری، سوادکوه، فریدون کنار، قائم شهر، محمود آباد، نکا، نور، نوشهر

استان مرکزی: اراک، خمین، ساوه، محلات

استان هرمزگان: بندر عباس، حاجی آباد، قشم، میناب

استان همدان: اسد آباد، بهار، تویسرکان، کبودر آهنگ، ملایر، نهاوند

استان یزد: اردکان، میبد، یزد

*****از مورخ ۱۳۹۵/۶/۱۵ به کلیه استانها تفویض اختیار شده است تا حسب نیاز همکاران استان خود و در**

شهرهای اعلام شده نسبت به معرفی مراکز بیمارستانی و پاراکلینیکی بدون هیچ گونه محدودیت(صرفاً

رعایت تعرفه مصوب دولت) اقدام نمایند

۱۶- مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های درمان در سال ۱۳۹۷

مدارک پرداخت / توضیحات	نوع هزینه	
۱- اصل صورتحساب پرداخت ۲- برگه بیهوشی (کپی برابر اصل) ۳- شرح عمل (کپی برابر اصل) ۴- خلاصه پرونده و سیر بیماری (کپی برابر اصل) ۵- ریز دارو و لوازم مصرفی * (در صورت استفاده از بیمه پایه(تامین اجتماعی، بیمه سلامت و نیروهای مسلح) کپی برابر اصل در غیر این صورت اصل مدارک الزامیست).	هزینه های بستری (عمومی)	۱
۶- تجهیزات * (ارائه فاکتور تجهیزات ملزم به مهر پزشک جراح ، شرکت خریداری شده و اتاق عمل یا دکتر بیهوشی بوده، و در صورت استفاده از بیمه پایه (تامین اجتماعی، بیمه سلامت و نیروهای مسلح) کپی برابر اصل؛ در غیر این صورت ارائه اصل مدارک الزامیست.) * (در صورتی که تجهیزات توسط خود بیمارستان تهیه شود ارائه فاکتور های کپی برابر اصل بیمارستان الزامیست.)	هزینه های بستری (تخصصی)	۲
۷- خسارت متفرقه * (در صورتی که پرداخت هزینه به صورت خسارت متفرقه از بیمه پایه صورت گیرد ارائه گواهی پرداخت توسط بیمه پایه ممهور به مهر الزامیست.) ۸- برای عمل جراحی سزارین دستور پزشک مبنی بر علت سزارین الزامیست.	زایمان (طبیعی / سزارین)	۳
۱- اصل صورتحساب پرداخت ۲- گواهی تعیین نمره چشم و تایید پزشک (۳ و بیشتر از ۳ دیوپتر) ۳- گزارش لیزیک ۴- برگه اتورفرکتومتر	لیزیک چشم	۴
۱- اصل صورتحساب پرداخت ۲- شرح عمل ۳- خلاصه پرونده ۴- ریز دارو لوازم مصرفی ۵- جواب آزمایش های مربوطه ۶- در صورت بیهوشی برگه بیهوشی الزامی می باشد.	نازایی	۵
۱- برای پرداخت هزینه درمانی تا مبلغ ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال بدون نیاز به قبض (نوشتن مبلغ در دفترچه کانون) پرداخت می گردد. ۲- برای پرداخت هزینه درمانی بالاتر از مبلغ ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال داشتن اصل قبض رسید پرداخت، دستور(نسخه) پزشک و یا جواب الزامی می باشد. ۳- برای پرداخت ویزیت (نسخه آبی دفترچه کانون) ، (سربرگ پزشک) ، (نسخه قرمز رنگ سلامت) به همراه مبلغ مهر و امضا پزشک و تاریخ الزامی می باشد . ۴- برای پرداخت هزینه دارو اصل نسخه به همراه مهر پزشک، ریز قیمت دارو و مهر داروخانه الزامی	هزینه های سرپایی و دارو	۶

		<p>میباشد.</p> <p>۵- برای پرداخت هزینه داروهای شیمی درمانی جواب پاتولوژی الزامی میباشد.</p> <p>۶- برای پرداخت هزینه داروهای هورمون رشد گرافی تعیین سن استخوانی (مچ دست) الزامی میباشد.</p> <p>۷- برای پرداخت هزینه داروهای پوکی استخوان آزمایش تراکم استخوان الزامی میباشد.</p> <p>۸- برای پرداخت هزینه انسولین آزمایش قند خون الزامی میباشد.</p>
۷	شیشه و فریم عینک یک دید	<p>هر دو سال یکبار پرداخت می گردد.</p> <p>۱- دستور پزشک متخصص چشم یا اپتومتریست جهت تعیین نمره چشم</p> <p>۲- فاکتور خرید عینک از مراکز معتبر با مهر و امضا</p>
۸	شیشه و فریم عینک دو دید	
۹	سمعک	<p>هر دو سال یکبار پرداخت می گردد.</p> <p>۱- دستور پزشک</p> <p>۲- جواب شنوایی سنجی</p> <p>۳- فاکتور خرید سمعک از مراکز معتبر با مهر و امضا و تعیین تعداد سمعک در فاکتور خرید</p>
۱۰	هزینه خدمات عمومی دندانپزشکی اعم از ترمیم، درمان ریشه، روکش، جراحی لثه و بریج و ...	<p>۱- ارائه گواهی دندانپزشک معالج مبنی بر نوع اقدامات انجام شده و مهر دندانپزشک</p> <p>۲- ارائه گرافی OPG قبل و بعد از درمان های زیر :</p> <p>درمان ریشه، جراحی دندان های عقل و نهفته، جراحی در بافت سخت، پروتز ثابت و متحرک ترمیم بیث از ۵ واحد دندان</p> <p>* درمان های پریو</p> <p>افزایش طول تاج به هر دلیل که توسط دندانپزشک معالج صورت گرفته باشد مورد تأیید می باشد</p> <p>OPG قبل از درمان جهت جراحی لثه</p> <p>*دندانپزشکی اطفال</p> <p>فضا نگهدار ثابت یک طرفه یا دوطرفه فقط ارائه گرافی بعد از درمان کافی می باشد.</p> <p>تبصره: قید نام بیمار و تاریخ بروی OPG، CBCT و فتوگرافی الزامی است</p> <p>*در صورت امکان فتوکپی کاردکس دندانپزشکی و یا رسید پرداخت کارتخوان نیز ضمیمه گردد.</p>
۱۱	هزینه های ارتودنسی ثابت	<p>صرفاً به افراد زیر ۱۸ سال تعلق می گیرد.</p> <p>۱- دستور پزشک که شامل: نوع درمان، علت درمان، تاریخ شروع و اتمام ارتودنسی درج شده باشد</p> <p>گواهی هزینه کامل درمان و مبلغ پرداختی بیمار تا کنون</p> <p>۲- OPG قبل از درمان - فتوگرافی حین درمان</p> <p>۳- سفالومتری</p> <p>***ارتودنسی ثابت فک بالا و پایین هرکدام به صورت جداگانه قابل پرداخت است و تاریخ درمان در تمام مراحل شرط پرداخت هزینه درمان می باشد.</p>
۱۲	دندان مصنوعی	<p>۱- ارائه گواهی دندانپزشک معالج مبنی بر نوع اقدامات انجام شده و مهر دندانپزشک</p> <p>*در صورت امکان فتوکپی کاردکس دندانپزشکی و یا رسید پرداخت کارتخوان نیز ضمیمه گردد.</p>
۱۳	ایمپلنت	<p>۱- گواهی پزشک معالج بعد از پایان جراحی و نصب روکش متکی بر ایمپلنت</p> <p>۲- OPG قبل و بعد از درمان الزامی میباشد.</p> <p>*در صورت امکان فتوکپی کاردکس دندانپزشکی و یا رسید پرداخت کارتخوان نیز ضمیمه گردد.</p>