دستورالعمل دریافت/ارائه مدارک درمانی

|  |  |
| --- | --- |
| مدارک مورد نیاز | نوع خدمت |
| سربرگ **معتبر** پزشک ممهور به مهر پزشک معالج + مبلغ هزینه+تاریخ مراجعه + نام و نام خانوادگی بیمار **+** کد ملی بیمار (در صورت قرارداد با بیمه های پایه درج کد رهگیری) | **ویزیت (عمومی، متخصص،فوق تخصص، دندانپزشکان ، روانپزشکان، کارشناسان و کارشناسان ارشد پروانه دار)** |
| اصل پرینت کامپیوتری ریز اقلام دارویی داروخانه ممهور به مهر داروخانه و دارای کد رهگیری **+** کپی نسخه پزشک معالج (اخذ پرینت نسخه پزشک از داروخانه) | **هزینه دارو** |
| اصل قبض پرداختی (کپی و المثنی غیر قابل بررسی) + تصویر گزارش (ریپورت) خدمت انجام شده **+** برگه دستور پزشک معالج ممهور به مهر یا اخذ پرینت نسخه پزشک از مرکز درمانی | **هزینه های پاراکلینیکی و سرپایی (سی تی اسکن ، سونوگرافی، آزمایشات، MRI و ....)** |
| اصل نسخه دندانپزشک ممهور به مهر دندانپزشک معالج با ذکر خدمات انجام شده به تفکیک ذکر شماره دندان **\*تبصره :** هزینه های ترمیم (5 یا بیش از 5 عدد)، عصب کشی، پست ، روکش (بیش از 1 مورد)، جراحی دندان(نسج نرم و سخت) **OPG قبل از انجام کار و گرافی بعد الزامیست**.\***هزینه های دندانپزشکی صرفا شامل کشیدن، ترمیم ، درمان ریشه، جرم گیری و بروساژ، روکش و جراحی لثه ، ایمپلنت، ارتودنسی، دندان مصنوعی و جراحی می باشد.** | **دندانپزشکی** |
| 1- اصل نسخه پزشک (چشم پزشک متخصص یا اپتومتریست) که حاوی شماره چشم بوده و ممهور به مهر متخصص چشم پزشک باشد.2-اصل فاکتور معتبر مراکز تهیه و فروش عینک + تاریخ + نام بیمار+مبلغ دریافتی + مهر مرکز+ پرینت کامپیوتری نمره چشم + **رسید دستگاه کارتخوان**  | **عینک و لنز تماس طبی** |
| **فیزیوتراپی** :1. دستور پزشک متخصص معالج مبنی بر ذکر ناحیه و تعداد جلسات فیزیوتراپی؛
2. ارائه کارت مراجعات؛
3. ارائه تاییدیه انجام تعداد جلسات فیزیوتراپی که ممهور به مهر و امضاء فیزیوتراپیست رسیده باشد به همراه هزینه پرداختی
4. رسید دستگاه کارتخوان

**کاردرمانی و گفتار درمانی :** 1. دستور پزشک متخصص معالج با ذکر تعداد جلسات مورد نیاز و طول درمان
2. فاکتور هزینه پرداختی طبق جلسات مربوطه به خدمات انجام شده

تاییدیه انجام تعداد جلسات خدمات انجام شده توسط کارشناس مربوطه که به مهر و امضاء رسیده باشد | **\*فیزیوتراپی ، کاردرمانی و گفتار درمانی** |
| 1. دستور پزشک متخصص گوش و حلق و بینی(ENT)
2. گزارش ادیومتری یا نوار گوش
3. فاکتور معتبر تجهیزات پزشکی سمعک دارای کد اقتصادی
4. تائیدیه اودیولوژیست معتمد شرکت بیمه
5. ارائه کارت گارانتی سمعک

 اخذ سهم بیمه گر پایه | **\*سمعک** |
| \*کلیه اروتزها مانند گردن بند طبی-مچ بند طبی-زانو بند طبی-جوراب واریس-بریس که **بلافاصله** بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج مرتبط و تایید پزشک معتمد بیمه گر و با ارائه فاکتور معتبر از مراکز ارائه دهنده تجهیزات پزشکی و داروخانه قابل پرداخت است. | **\*اروتز، پروتز و وسایل کمک پزشکی****بلافاصله بعد از عمل جراحی** |
| **طرف قرارداد** : آنلاین با معرفی نامه در مراکز طرف قرارداد قابل انجام می باشد. **غیرطرف قرارداد** : پس از پرداخت هزینه های بیمارستان  مدارک مورد نیاز که شامل : 1. اصل صورتحساب بیمارستانی ممهور به مهر مرکز
2. اصل صورتحساب پزشکان ممهور به مهر
3. اصل گواهی پزشک معالج(شرح عمل جراحی)
4. اصل گواهی بیهوشی یا برگ بیهوشی اتاق عمل
5. اصل یا تصویر آزمایشات و رادیولوژی و .....
6. اصل یا تصویر نسخ دارویی و لوازم مصرفی و فاکتور پروتز ممهور به مهر جراح و اتاق عمل.
7. برگ خلاصه پرونده

**\*\*\*نکته مهم : در صورتی که بیمارستان با بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) طرف قرار داد نباشد ابتدا سهم بیمه گر پایه اخذ و مستندات برابر اصل شده به همراه نامه سازمان های بیمه گر پایه به شرکت بیمه تحویل داده شود.** | **\*بیمارستان** |
| **چنانچه اعمال مجاز سر پائی در مطب انجام شود ( مانند برداشتن لیپوم، کیست و ....) هزینه ها با ارائه مستندات ذیل انجام می گردد :****گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع عمل، محل آناتومیکی ، اندازه ضایعه و اصل یا کپی گزارش پاتولوژی.** | **اعمال مجاز سرپائی** |

اعمال جراحی که باید قبل از عمل به تایید پزشک معتمد بیمه گر برسد:

1. جراحی فتق نافی و شکمی (هرنی)
2. جراحی کاهنده سینه (ماموپلاستی)
3. بالن معده ، چاقی مفرط (اسلیو و بایپس معده، گاسترینگ بایندینگ و بالون معده)
4. انحراف بینی (سپتوپلاستی)
5. افتادگی پلک چشم (بلفاروپلاستی)
6. بیماری های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم (لیزیک/لازک)
7. استرابیسم (لوچی چشم)
8. ژنیکو ماستی
9. لیزر هموروئید

قبل از هرگونه اقدام باید به تایید پزشک معتمد شرکت بیمه گر برسد در غیر اینصورت بیمه گر هیچ گونه تعهدی نسبت به پرداخت هزینه ندارد.

\*در صورتی که به مراکز درمانی طرف قرارداد مراجعه شود معرفی نامه به صورت آنلاین صادر خواهد شد.

\*مراکز طرف قرار داد بیمه دانا در پورتال بیمه دانا به آدرس :

[www.dana-insurance.ir](http://www.dana-insurance.ir) سربرگ مراکز ارائه خدمات مراکز درمانی