



دستور العمل استفاده از بیمه درمان گروهی

شرکت بیمه پاسارگاد

پیشنهاد می گردد حتی الامکان جهت بستری و یا انجام خدمات تشخیصی درمانی به مراکز طرف قرارداد مراجعه گردد زیرا این مراکز موظف به رعایت تعرفه های وزارت بهداشت و درمان می باشند و بیمه شده فقط موظف به پرداخت مبالغ فرانشیز ، موارد غیربیمه ای و بیشتر از سقف تعهد می باشد .

- اخذ معرفینامه بستری و یا پاراکلینیکی در مراکز طرف قرارداد :

- در صورتی که برای بستری و یا امور تشخیصی یکی از بیمارستان ها و یا مراکز درمانی طرف قرارداد انتخاب گردد می بایست به موارد ذیل توجه شود (با مراجعه به سایت شرکت کمک ایران <https://iranassistance.com/> از اسامی بیمارستان های طرف قرارداد می توان اطلاعات کسب نمود) :

مدارک و اطلاعاتی شامل ؛ تصویر کارت ملی بیمه شده (بیمار) ، تصویر گواهی پزشک معالج مبنی بر اعلام نام بیمار، تاریخ بستری یا تاریخ عمل جراحی ، نوع عمل و یا علت بستری بیمار و نام مرکز درمانی یا بیمارستان به همراه شماره تلفن جهت تماس با بیمار ، توسط پذیرش مرکز درمانی یا توسط بیمار به شرکت کمک رسان ایران ارسال می گردد و شرکت کمک رسان موظف است در اسرع وقت نسبت به ارسال معرفی نامه اقدام نماید و بیمه شده می تواند با همراه داشتن اصل کارت ملی خود نسبت به استفاده از معرفی نامه اقدام نماید .

البته در حال حاضر عمده مراکز و بیمارستان های طرف قرارداد با شرکت کمک رسان ایران به صورت آنلاین قادر به صدور معرفی نامه می باشند و برای این امر حتماً بیمار بایستی اصل کارت ملی خود را به همراه دستور پزشک به واحد پذیرش مرکز ارائه نماید.

در صورتی که پزشک دستور یا همان گواهی علت بستری و یا جراحی را به صورت الکترونیکی صادر نماید ، بیمه شده بایستی کد رهگیری مربوطه را از پزشک اخذ و این کد را به همراه کد ملی و تاریخ مراجعه شده جهت ویزیت، برای دریافت معرفی نامه اعلام نماید.

لازم به ذکر است که حداکثر زمان مهلت استفاده جهت معرفی نامه سه روز است و پس از این زمان معرفی نامه ابطال می گردد و فاقد اعتبار می باشد.

- در صورت عدم استفاده از معرفی نامه های صادره (اعم از سرپایی یا بستری) حتماً از مرکز درمانی آنلاین بخواهید که آن را ابطال نماید و به شرکت کمک رسان اطلاع رسانی گردد که از معرفی نامه صادره استفاده نشده و می بایست ابطال گردد .

چنانچه حق الزحمه پزشک در صورتحساب بیمارستان درج و چاپ نشده باشد، بیمه شده میتواند با ارائه گواهی توسط جراح بابت دریافت هزینه مربوطه اقدام نماید که در این صورت مبلغ مورد تأیید بر اساس مفاد قرارداد با آن مرکز و یا مراکز هم درجه تعیین و پس از کسر فرانشیز مربوطه، حداکثر تا مانده سقف تعهد پرداخت می گردد.

چنانچه بیمه شده هم زمان تحت پوشش بیش از یک شرکت بیمه باشد در اولویت بندی استفاده از پوشش هر کدام از مؤسسه های بیمه مخیر است. در صورت استفاده بیمه شده از سهم سایر بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است هزینه های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه گران به مبلغی بیش از هزینه های انجام شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

ملاک عمل در پرداخت هزینه های بستری در مراکز غیر طرف قرارداد، ارائه اصل کلیه مدارک توسط بیمه شده می باشد. لذا در صورت ارائه فاکتور المثنی یا تصویر مدارک، اسناد مربوطه عیناً "عودت می گردد، مگر در مواردی که از سوی بیمه گر پایه یا تکمیلی دیگر پرداختی انجام شده باشد و فیش مبلغ واریزی (که مشخص باشد مربوط به کدام هزینه و صورتحساب می باشد) ضمیمه گردد.

-در صورت بستری در سایر بیمارستان های غیر طرف قرارداد :

پس از ترخیص و تسویه حساب، کلیه مدارک بیمارستانی (اعم از اصل صورتحساب، نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده، ریز دارو و لوازم مصرفی، خلاصه پرونده، شرح حال بیمار و ...) ممهور به مهر بیمارستان و پزشکان، توسط مسئول بیمه ای برای شرکت کمک رسانی ایران ارسال گردد. هزینه های فوق برابر با مفاد قرارداد بیمه و همترازی با بیمارستانهای هم درجه طرف قرارداد، محاسبه و پس از کسر فرانشیز یا سهم بیمه گر اول (بیمه تأمین اجتماعی، بیمه سلامت ایرانیان و...) تا باقی مانده سقف تعهد، پرداخت می گردد.

در صورت مخدوش بودن نام و نام خانوادگی بیمه شده و تاریخ بستری در صورتحساب و یا سایر مدارک اسناد مذکور می بایست مجدداً توسط مرکز درمانی مربوطه تصحیح و ممهور گردد.

هزینه های بستری طبی بالاتر از 6 ساعت در مراکز درمانی، در سقف بستری قابل محاسبه و پرداخت می باشد ولی از 6 ساعت کمتر بعنوان اورژانس بوده که در سقف ویزیت، دارو و اورژانس قابل پرداخت خواهد بود.

هزینه های پزشکی و بیمارستانی بیمه شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه شده و با تأیید بیمه گر به خارج اعزام می گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت حساب های آنان را تأیید کند تا سقف هزینه های مورد تعهد بیمه گر مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از شرایط فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت می شود.

تبصره - میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

کلیه اعمال جراحی که علاوه بر جنبه درمانی میتواند جنبه زیبایی هم داشته باشد (از جمله انحراف بینی یا سپتوپلاستی، ماموپلاستی، افتادگی پلک یا بلفاروپلاستی، عیوب انکساری، اعمال جراحی بای پس معده، گاسترکتومی یا اسلیو، فتق یا هرنی (نافی و شکمی) استرایبسم، ژنیکوماستی در صورتی قابل پرداخت است که قبل از بستری جهت هماهنگی با کارشناسان واحد معرفی نامه شرکت کمک رسانی ایران تماس حاصل شود تا نسبت به دریافت مدارک لازم و یا در صورت لزوم معاینه توسط پزشک معتمد شرکت کمک رسانی ایران اقدام و قابل پرداخت بودن هزینه، تأیید گردد.

بنابراین در مواردی که حتی بیمارستان غیر طرف قرارداد باشد یا پزشک جراح معرفی نامه را قبول ننماید بایستی حداقل 10 روز قبل از جراحی های فوق الذکر با شرکت کمک رسان ایران تماس حاصل گردد تا پس از تایید شرکت کمک رسان ، بیمه شده نسبت به انجام اعمال جراحی مذکور اقدام نماید.

هزینه های دندانپزشکی می بایست بر اساس دستورالعمل مربوطه انجام پذیرد (مثلاً ارتودنسی و ایمپلنت نیاز به تاییدیه شرکت ارائه دهنده خدمات دارد).

— اعمال جراحی اصلی (چهار عمل مهم) عبارتند از :

- جراحی قلب که روی بافت قلب و یا عروق قلب و یا دریچه ها انجام می شود
- جراحی مغز و اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک و ستون فقرات ، آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز
- اعمال جراحی پیوند کلیه ، ریه و کبد
- جراحی پیوند مغز استخوان

— دوره انتظار : مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی نسبت به جبران خسارت ندارد (با توجه به شرایط مندرج در قرارداد هر بیمه گذار و میزان پوشش هر بیمه شده قبل از انجام هزینه درمان مربوطه).

- دوره انتظار برای پوشش زایمان طبیعی و سزارین حداکثر 9 ماه تمام خواهد بود .
- دوره انتظار برای بیماری های ذیل 3 ماه می باشد :

کاتاراکت ، استرابیسم ، پولیپ و انحراف بینی ، جراحی سینوس ، لوزه ، جراحی قلب باز ، نارسایی های مزمن کلیه ، کله سیستکتومی ، دیسک ستون فقرات ، جراحی پروستات ، واریکوسل ، میومکتومی ، هیستریکتومی ، سیستوسل ، رکتوسل ، آنتروسل ، جراحی تیروئید ، جراحی مربوط به مینیسک زانو ، کلیه بیماری های مزمن

احتساب دوره انتظار از اولین روز پوشش بیمه درمان هر یک از بیمه شدگان (حتی نزد سایر شرکت های بیمه گر به صورت پیوسته) می باشد.

نحوه ارسال هزینه داروی نسخ الکترونیک (تحت وب)

1) نسخ الکترونیک یا تحت وب صرفاً جهت داروهای تحت پوشش بیمه گران پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت) می باشد و چنانچه در قبض (پرفراژ مبلغ اقلام دارویی داروخانه) برای هیچ یک از دارو ها سهم بیمه پایه در نظر گرفته نشده باشد، نسخه کاملاً آزاد محاسبه شده است لذا برای دریافت هزینه قبض دارو هایی که دارای نسخه آزاد باشند حتماً اصل نسخه و یا تصویر آن ضروری می باشد.

2) بنابراین در ارتباط با دستور دارو هایی که پزشک نسخه دارو را به صورت کاغذی به بیمار می دهد، حتی الامکان پیش از تحویل نسخه به داروخانه، نسبت به تهیه کپی و یا گرفتن عکس واضح از آن اقدام نموده و تصویر آن را به همراه قبض ممهور به مهر داروخانه ارسال نمایید ، چرا که داروخانه ها بعضاً به دلایل مختلف اصل نسخه را پس نمی دهند.

3) در ارتباط با نسخی که پزشک دستور دارو را به صورت سیستمی ثبت می نماید در صورت امکان از داروخانه دستور پزشک سیستمی ممهور به مهر داروخانه تحویل گرفته شود.

4) پرینت قبض نسخه الکترونیکی ممهور به مهر داروخانه (با همان اصل برگه و قبض حاوی پرفراژ و مبلغ پرداختی به داروخانه) علاوه بر درج تاریخ، قیمت و تعداد و نام هر قلم دارو، در بر گیرنده موارد ذیل می باشد:

• مشخصات بیمار (حداقل کد ملی یا نام و نام خانوادگی)

- مشخصاتی از پزشک دستور دهنده (تخصص ، شماره نظام پزشکی و نام و ...) بخصوص برای نسخ داروهای تخصصی
- سهم بیمه پایه

در صورت عدم وجود موارد مذکور، می بایست مسئول داروخانه آنها را بصورت دستی همراه با مهر دوم در قبض درج نماید (ضمناً با رعایت موارد فوق و کامل بودن اطلاعات اصل قبض الکترونیکی داروخانه، وجود تصویر دستور پزشک مکمل می باشد ولی با توجه به مشکلات موجود جهت پرداخت خسارت، ضروری نمی باشد)

پیشنهاد می گردد بیمه شدگان محترم قبل از تحویل مدارک درمانی خود نسبت به تهیه عکس و اسکن از تمامی مدارک پزشکی ارسالی به همراه لیست مربوطه اقدام و نزد خود نگهداری نمایند تا در صورت نیاز به این سوابق رجوع شود.

هرگونه دست خوردگی در مدارک ، هزینه را غیر قابل پرداخت نموده مگر اینکه مجدداً توسط مهر مرکز یا پزشک تأیید گردد، همچنین فاکتور و قبوض کپی، المثنی و چاپ مجدد نیز غیر قابل پرداخت می باشد.

نکاتی که در مورد هزینه‌های درمانی بایستی مورد توجه بیمه شدگان و مسئولان بیمه ای قرار بگیرد :

1- نحوه آماده سازی مدارک درمانی: تکمیل و ارسال (الف) فرم مربوط به درخواست هزینه های درمانی بیمه شدگان و ب) فرم مسئول بیمه ایی که اطلاعات درخواستی بصورت کامل در آنها درج شده باشد، الزامی است و جهت جلوگیری از اشتباه ثبتی، درج کد ملی بیمار در کنار نام و نام خانوادگی به همراه اطلاعات بیمه شده اصلی اجباری می باشد.

2- حداکثر زمان قابل قبول در خصوص ارائه اسناد و مدارک پزشکی (که به صورت آزاد پرداخت شده) به شرکت کمک رسان ایران چهار ماه پس از تاریخ پذیرش (هزینه) می باشد ، در مواردی که بیمه شده ابتدا از بیمه های دیگری استفاده کرده و مابه التفاوت هزینه را جهت پرداخت ارسال می نماید، زمان (مورد نظر) پس از دریافت هزینه از بیمه گرهای دیگر لحاظ خواهد شد.

3- مهلت پرداخت خسارت پاراکلینیکی توسط بیمه گر حداکثر ظرف مدت 15 روز کاری و خسارت بستری حداکثر ظرف مدت 30 روز کاری پس از تکمیل مدارک پزشکی می باشد (البته در شرایط عادی و در ایام پیک کرونا امکان تأخیر در پرداخت وجود خواهد داشت).

4- حداکثر مهلت برای هرگونه اعتراضی نسبت به هزینه پاراکلینیکی و یا درخواست عودت مدارک پاراکلینیکی ؛ یک ماه پس از پرداخت هزینه های درمانی می باشد (بدیهی است پس از تاریخ فوق بیمه گر هیچ تعهدی نسبت به عودت اسناد بیمه شدگان ندارد).

5- حداکثر مهلت برای هرگونه اعتراضی و یا درخواست عودت نسبت هزینه های بستری ؛ سه ماه پس از پرداخت هزینه های درمانی می باشد (بدیهی است پس از تاریخ فوق بیمه گر هیچ تعهدی نسبت به عودت اسناد بیمه شدگان ندارد).

6- در صورتی که بیمه شده از مزایای بیمه گر اول استفاده نماید، خسارت مورد تعهد بیمه گر پس از اعمال اصل همترازی با مراکز طرف قرارداد تا سقف تعهدات مربوطه، پس از کسر سهم بیمه گر اول بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت است، لذا لازم به ذکر است که بیمه شده هنگام ارسال مدارک علاوه بر تصویر مدارک (کپی برابر اصل) اصل گواهی مبلغ پرداخت شده توسط بیمه گر اول را نیز می بایست ضمیمه و ارسال نماید.

هزینه سونوگرافی در مطب :

هزینه سونوگرافی بانوان در مطب در صورتی قابل پرداخت می باشد که پزشک معالج علاوه بر تخصص زنان ، زایمان و نازایی دارای فلوشیپ نازایی و ناباروری یا فلوشیپ پره ناتال باشد .

مدارک لازم جهت ارائه هزینه های پاراکلینیکی :

- اصل قبض مرکز درمانی ممههور به مهر مرکز مربوطه
- کپی دستور پزشک یا گزارش مربوطه در خصوص انجام کار با درج تاریخ و ممههور به مهر پزشک (در صورت الکترونیکی بودن دستور پزشک ارائه کد رهگیری دستور به همراه کد ملی و تاریخ دقیق ویزیت و ثبت دستور پزشک مورد نیاز می باشد (لازم به ذکر است که هر بیمه شده نیز می تواند سوابق نسخ الکترونیک خود را با ورود به صفحه شخصی در سایت تأمین اجتماعی به آدرس <https://es.tamin.ir/view/#/main> یا <https://eservices.tamin.ir/view/#/main> مشاهده نماید و در صورت نیاز عکس و یا چاپ بگیرد).

هزینه ویزیت :

- ارائه اصل قبض هزینه ویزیت که در آن تاریخ ، نام و نام خانوادگی بیمار و مبلغ دریافتی بابت ویزیت توسط پزشک درج و ممههور به مهر پزشک (یا مرکز درمانی) باشد و یا ارائه هزینه ویزیت بر روی سربرگ پزشک و یا مرکز درمانی ممههور به مهر پزشک با در بر داشتن اطلاعات فوق الذکر.
- پرداخت هزینه ویزیت بر اساس تعرفه ای که توسط وزارت بهداشت و درمان که هر ساله در اوایل سال اعلام میگردد ، انجام میشود و براساس این تعرفه هزینه ویزیت متخصص ، فوق تخصص ، پیراپزشک و با هم متفاوت است.

اعمال جراحی سرپایی :

جراحی سرپایی در مطب، کلینیک، مراکز جراحی سرپایی یا بیمارستان ها به شرط آنکه مشمول جراحی های غیر مجاز سرپایی و استثنائات نباشد (مطابق لیست پیوست) قابل رسیدگی است.
در تمامی جراحی های برداشتن توده و نمونه برداری ارائه تصویر گزارش پاتولوژی ضروری است.
در برخی از جراحی ها نظیر جا اندازی شکستگی و در رفتگیها ارائه کلیشه رادیولوژی ضروری است.

هزینه سمعک : هزینه سمعک طبی بر اساس فاکتور معتبر مراکز فروش سمعک قابل محاسبه می باشد که بدین منظور می بایست مدارک از جمله برگه ادیومتری توسط ادیومتریست، درخواست خرید سمعک توسط متخصص گوش و حلق و بینی منضم به صورتحساب خرید سمعک با درج نوع و مارک و مشخصات فنی به همراه برگ گارانتی ارائه گردد.

هزینه فیزیوتراپی :

برای هزینه فیزیوتراپی بایستی دستور فیزیوتراپی توسط پزشک معالج مرتبط (ارتوپد، متخصص مغز و اعصاب و یا روماتولوژیست) شامل تعداد جلسات با اعلام تاریخ دقیق، اندامها و روش فیزیوتراپی باشد و همچنین گزارش فیزیوتراپی انجام شده نیز باید شامل تعداد جلسات، تعداد اندامها، روشها و اعمال منطبق با دستور پزشک معالج باشد. توضیح اینکه حداکثر تعداد جلسات قابل پرداخت برای حداکثر یک یا دو عضو 10 جلسه می باشد و تعداد جلسات و یا تعداد اعضای بیشتر باید به تایید پزشک معتمد بیمه گر برسد.

هزینه عینک :

صرفاً جهت شماره چشم بالاتر از 25% و با تائید شماره چشم توسط چشم پزشک متخصص و یا اپتومتریست های شاغل در مراکز چشم پزشکی و بر اساس فاکتور معتبر مراکز فروش عینک طبی قابل محاسبه می باشد.