دستورالعمل

پرداخت هزینه های درمانی (پاراکلینیکی و بیمارستانی ) دانشگاه گیلان

شرکت بیمه تجارت نو

**کلیات :**

1-مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر 2ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان در طول قرارداد وحداکثر مدت یکماه پس از دریافت چک بیمه گر اول می باشد و در مورد هزینه های پاراکلینیکی حداکثر 4 ماه بعد از انجام ان در طول قرارداد و 3 ماه پس از اتمام قرارداد خواهد بود.لازم به ذکر است پس از مدت مذکور بیمه تجارت نو تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.

2-هزینه های پاراکلینیکی حداکثر 7 روز کاری و هزینه های بیمارستانی حداکثر 10 روز کاری پس از دریافت مدارک ، پرداخت می گردد.

3-در صورت مخدوش بودن (لاک گرفتگی ، خط خوردگی ) نسخه یا سایر مدارک ، موضوع مخدوش می بایست توسط صادر کننده مدرک مربوط تصحیح و مجدداً ممهور به مهر مرکز گردد .

4-فاکتور ارائه شده می بایست دارای مشخصات بیمار ، تاریخ و مبلغ پرداختی و نوع خدمت انجام شده باشد.

5-فاکتورهای صادر شده با مبلغ باقیمانده (مبلغی که بیمه شده به مرکز پرداخت نکرده است ) مورد قبول نمی باشد مگر اینکه بر روی همان فاکتور تایید تسویه کامل مجدداً ذکر و مهر شود و یا فاکتور جدید مبنی بر تسویه کامل صادر گردد .

هزینه های درمان سرپائی (پاراکلینیکی)

**ویزیت :**

ارائه گواهی در سر برگ پزشک معالج یا برگه سبز ویا پشت برگه های دفترچه درمانی بیمه گر پایه با درج نام و نام خانوادگی بیمار تاریخ انجام ویزیت و ممهور به مهر پزشک( برای چند نوبت ویزیت حتماً فاکتور های جداگانه اخذ شود و در یک فاکتور تجمیع نگردد )

**مشاوره :**

1-ارائه گواهی در سر برگ روانپزشک معالج یا اوراق دفترچه درمانی با درج نام و نام خانوادگی بیمار تاریخ مشاوره ، و مدت زمان مشاوره و دلیل انجام مشاوره

2-ارائه گواهی در سر برگ روانشناس با درج نام بیمار و تاریخ مشاوره و مشخص شدن مدرک روانشناس

**دارو :**

1-دستور پزشک دارای تاریخ تجویز دارو نام و نام خانوادگی بیمار و ممهور به مهر پزشک معالج و مهر داروخانه مربوط باشد( در صورت استفاده از بیمه گر پایه نسخه دوم یا سوم دفترچه بیمه ممهور به مهر پزشک و داروخانه و در صورت تهیه دارو بصورت آزاد اصل دستور پزشک معالج در سر برگ خود یا در برگ سبز دفترچه درمانی )

2-فاکتور دارای تاریخ ، نام و نام خانوادگی بیمار و ممهور به مهر داروخانه باشد

3-ریز اقلام و قیمت دارو در سر نسخه پزشک معالج یا برگ دفترچه بیمار یا در فاکتور ارائه شده توسط داروخانه مشخص و خوانا باشد .

4-در صورت استفاده پزشک معالج از سیستم الکترونیکی بیمه گر پایه ، فاکتور مربوط به همان سیستم نسخ الکترونیکی که دارای مشخصات بیمار (نام و نام خانوادگی و ...) پزشک معالج و شماره نظام پزشکی و شماره رهگیری نسخه تجویز شده می باشد از داروخانه ممهور به مهر داروخانه و مبلغ پرداختی دریافت گردد .

**اقلام غیر قابل پرداخت :**

1-انواع شیر خشک و غذاهای کمکی کودکان و بزرگسالان و شیر افزا

2-لوازم آرایشی و بهداشتی

3-داروهایی که بدون تجویز پزشک تهیه می شوند .

4-داروهای تجویز شده توسط کارشناس تغذیه

5-داروهای تخصصی که توسط پزشک عمومی تجویز شده باشد .

**مدارک مورد نیاز برای هزینه های شیمی درمانی :**

1-ارائه جواب پاتولوژی مربوط به بیماری

2-گواهی پزشک متخصص معالج مبنی بر نوع بیماری

3-دستور پزشک برای خرید داروی شیمی درمانی ممهمور به مهر پزشک و مهر داروخانه و مهر مرکز شیمی درمانی (مورد اخیر در صورتی که دارو تزریقی باشد )

4-گواهی هزینه تزریق داروی شیمی درمانی ( در صورتیکه دارو تزریقی باشد )

مدارک مورد نیاز هزینه های رادیوتراپی:

1-ارائه جواب پاتولوژی مربوط به بیماری

2-گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری

3-فاکتور کامل رادیو تراپی که شامل کدهای ارزش نسبی مورد عمل پزشک جهت درمان رادیو تراپی و براکی تراپی به همراه تعداد جلسات و نوع فیلد درمانی بکار رفته باشد .

4-در صورت استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد با بیمه گر پایه سهم بیمه گر پایه و پرداختی بیمار به تفکیک در فاکتور مشخص باشد .

**عینک و لنز تماسی :**

1-اصل دستور تعیین نمره چشم توسط پزشک متخصص ممهور به مهر پزشک یا توسط اپتومتریست ممهور به مهر اپتومتریست و پرینت کامپیوتری تعیین نمره چشم .

2- فاکتور خرید عینک از عینک فروشی با درج نام و نام خانوادگی بیمار ،تاریخ خرید (فاکتور می بایست دارای آدرس کامل و تلفن عینک فروشی باشد )

3- در صورت نیاز به جهت تایید هزینه عینک بیمه شده دعوت به معاینه توسط اپتومتریست معتمد بیمه گر خواهد شد

**سمعک**

1-دستور پزشک متخصص گوش وحلق و بینی

2-گزارش شنوایی سنجی (اودیومتری)

3-اصل فاکتور معتبر (چاپی) شامل مشخصات کامل خریدار و فروشنده همراه کد اقتصادی و تصویر کارت گارانتی (ارائه تصویر کارت گارانتی هزینه سمعک های خریداری شده از کلینیک های شنوایی سنجی جهت تعیین قیمت واقعی سمعک الزامی می باشد.)

4-فاکتور صادره از سیستم رز (مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت و درمان در خصوص تشخیص سمعک های غیر مجاز از سمعک های مجاز)

5-اخذ تائیدیه فاکتور از بیمه گر پایه)در صورتی که بیمه شده تحت پوشش بیمه گر پایه باشد)

**فیزیوتراپی:**

1-دستور پزشک متخصص معالج با ذکر اندام تحت فیزیوتراپی و تعداد جلسات مورد نیاز

2-ارائه فاکتور ممهور به مهر مرکز فیزیوتراپی مربوطه با درج مبلغ جلسات و جمع کل

3-تفکیک جلسات با امضاء بیمه شده و مرکز درمانی

* چنانچه فیزیوتراپی بیش از 20جلسه طی دو دوره مستمر یا بیش از دو اندام باشد، نیاز به ارائه سوابق پزشکی مانند: MRI، اسکن، رادیوگرافی و پروتکل های درمانی تجویز شده توسط پزشک معالج
* اگر تعداد جلسات انجام شده در فاکتور فیزیوتراپی کمتر از تعداد جلسات تجویز شده در دستور پزشک باشد، ملاک محاسبه جلسات کمتر یعنی تعداد جلسات انجام شده در فاکتور می باشد.

-انجام فیزیوتراپی تنها در مراکز مجاز و توسط فیزیوتراپیست قابل پرداخت خواهد بود.

* انجام فیزیوتراپی توسط کارشناس درد در مطب غیر قابل پرداخت می باشد.
* کارشناس فیزیوتراپ انجام دهنده خدمت است، لذا فیزیوتراپی با دستور فیزیوتراپیست غیر قابل پرداخت است.
* کایروپراکتور امکان تجویز دستور فیزیوتراپی را نداشته، لذا اینگونه هزینه غیر قابل پرداخت می باشد
* ملاک پرداخت از نظر تاریخ انجام هزینه بایستی تاریخ شروع یا پایان دوره فیزیوتراپی باشد.
* اگر دوره انجام فیزیوتراپی در زمان اتمام قرارداد باشد تاریخ ریز جلسات بایستی ارائه شود، بدین شکل هر تعداد جلسه ای که در تاریخ قرارداد باشد، قابل پرداخت خواهد بود.
* هزینه کایروپراکتیک بر اساس تعداد جلسات و اندام و از محل پوشش فیزوتراپی قابل پرداخت است .

**دندانپزشکی :**

1-ارائه گواهی توسط دندانپزشک معالج شامل کلیه خدمات انجام شده به تفصیل (شماره دندانها مشخص باشد )، هزینه پرداخت شده ، نام و نام خانوادگی بیمار ، و تاریخ ممهور به مهر دندانپزشک .

2-رادیوگرافی قبل و بعد از درمان جهت تکمیل مدارک تحویلی به شرح زیر پیوست فاکتور مربوط ارسال گردد.

-جراحی های دندان شامل نسج نرم و سخت :پانورکس قبل

-ترمیم:ترمیم پنج دندان و بیشتر از پنج واحد پانورکس قبل و بعد

-درمان ریشه:گرافی قبل

-روکش:برای دو واحد وبیشتر پانورکس قبل وبعد

-پست ریختگی:گرافی بعد

-دندان مصنوعی:پانورکس قبل و فتوگرافی بعد

-پروتز کرم کبالت و پارسیل آکریلی:پانورکس قبل وبعد

-ایمپلنت:پانورکس قبل وگرافی بعد ودر صورت استفاده از پودر استخوان CBCT

-ارتودنسی: سفالومتری،پانورکس قبل،فتوگرافی قبل و بعد یا پانورکس با براکت

-نایت گارد:فتوگرافی

-روکش اطفال و فضا نگهدار:فتوگرافی

منظور از پانورکس OPG می باشد.

منظور از گرافی پری اپیکال می باشد.

فتوگرافی:در این گرافی،رویت تصویر کامل صورت بیمار به همراه تصویری واضح از خدمت انجام شده ضروری می باشد.  
(با تلفن همراه گرفته شود)

**نکات مهم :**

* دندان مصنوعی : در صورت استفاده احتمالی برای نوبت دوم از دندان مصنوعی ، مراجعه بیمه شده به همراه دست دندان قبلی نزد پزشک معتمد تجارت نو الزامی می باشد و در صورت عدم امکان مراجعه بیمه شده تحویل دندان مصنوعی قبلی به واحد پرداخت خسارت الزامی می باشد شایان ذکر است دندان مصنوعی ارسالی قابل عودت نخواهد بود .
* انجام خدمات دندانپزشکی جهت بیماران عقب مانده ذهنی و جسمی ( اعم از خردسال و بزرگسال ) نیازی به ارائه رادیو گرافی قبل یا معاینه بیمار نمی باشد و صرفاً ارئه تصویر کارت بهزیستی یا کارت شناسایی مربوط به همراه هزینه انجام شده کفایت می نماید .
* هزینه های مربوط به دندانپزشک تجربی و دندان ساز قابل پرداخت نمی باشد .
* ارائه رادیو گرافی جهت بیماران که منع انجام رادیو گرافی دارند مانند خانم های باردار (با ارسال مدارک مثبته بارداری مانند آزمایش BetaHCG و یا سونوگرافی ) و نیز کودکان زیر 12 سال الزامی نمی باشد .
* ملاک محاسبه هزینه های دندانپزشکی تعرفه های سندیکای بیمه گران بر اساس زمان صدور فاکتور می باشد .

**مدارک مورد نیاز برای سایر هزینه های پارا کلینیکی :**

1-دستور پزشک معالج

2-فاکتور پرداختی ممهور به مهر مرکز درمانی (سونوگرافی ، ماموگرافی ، آزمایشگاه ، سی تی اسکن ، ام ار آی ، سنجش تراکم استخوان و ....)

3- کپی تصویر گزارش اقدامات تشخیصی درمانی پاراکلینیکی از قبیل MRI ، اسکن و سی تی اسکن ، سنجش تراکم استخوان اقدامات آندوسکوپیک ، آنژیوگرافی چشم و ....

تذکر : با توجه به ریسک بالای عمل کلونوسکوپی در مطب پزشکان و نیاز به رعایت استانداردهای لازم برای کاهش ریسک مطابق تمهیدات وزارت بهداشت در این خصوص در حال حاضر فقط پزشکان فوق تخصص گوارش مستقر در استان گیلان مجاز به انجام کلونوسکوپی در مطب می باشد و متخصصین داخلی نیاز به طی دوره های آموزشی در این خصوص می باشند. لذا هزینه کلونوسکوپی که توسط پزشکانی غیر از فوق تخصص گوارش انجام شود قابل پرداخت نمی باشد .

**مدارک مورد نیاز برای نسخ الکترونیکی**

**الف -**

* **اخذ اصل فاکتور الکترونیکی از مرکز ارائه دهنده خدمات مانند داروخانه ، آزمایشگاه ، تصویر برداریها و .... که دارای اطلاعات زیر و ممهور به مهر مرکز باشد .**

**نام و نام خانوادگی و کد ملی بیمه شده ، نام و نام خانوادگی و شماره نظام پزشکی پزشک معالج ، شرح کامل دستورات پزشک معالج ، کد رهگیری سیستم الکترونیک و مبلغ پرداختی**

* **گزارش خدمت انجام شده مانند آزمایش سی تی اسکن و.....**
* **در صورتی که پزشک دستور را در سربرگ خود نوشته باشد اصل دستور پزشک ضمیمه شود.**

**ب )در صورتیکه فاکتور ارائه شده توسط مرکز ارائه خدمات دارای مشخصات فوق (بند الف) نباشد مدارک زیر ارائه گردد :**

* **اصل فاکتور ارائه شده ممهور به مهر مرکز**
* **درج کد رهگیری که برای بیمه شده پیامک شده است بر روی فاکتور**
* **کپی کارت ملی بیمه شده**
* **اخذ رسید پوز بانکی برای مبالغ بالای 000ر000ر5 ریال**
* **گزارش خدمات انجام شده مانند آزمایش ، سی تی اسکن و ...**
* **در صورتیکه پزشک معالج دستورات را در سربرگ خود نوشته باشد اصل دستور پزشک ضمیمه شود .**

**ج) هزینه ویزیت در سیستم نسخ الکترونیکی مثل روال قبل بر روی سربرگ پزشک معالجه مورد قبول است .**

**بخش سوم : هزینه های بیمارستانی :**

**مدارک مورد نیاز بیمارستان های غیر طرف قرارداد :**

اصل صورتحساب دریافتی از بیمارستان به انضمام پرونده کامل بیمارستانی شامل :

1-گواهی های مربوط به پزشک جراح ، کمک جراح ، بیهوشی و .... ممهور به مهر پزشک (درصورت انجام جراحی )

2- گواهی پزشکان معالج و مشاور برگه های ویزیت و مشاوره

3-ریز دارو ، لوازم مصرفی و تجهیزات مصرفی اتاق عمل ، همچنین در صورت استفاده از لوازم خارجی در جراحی ، ارائه فاکتور خرید لوازم مصرف شده الزامی می باشد . (در صورت مصرف اقلام مصرفی مجاز بالاتر از 2.000.000 ریال ارائه فاکتور خرید بیمارستان الزامی است )

4-ریز هزینه های رادیو گرافی ، آزمایش ، MRI ، سی تی اسکن ، اکو ، تست ورزش ، سونوگرافی و .... به همراه گزارشات موارد مذکور

5-گواهی تعداد جلسات فیزیوتراپی، تاریخ آن ها و اقدامات انجام شده در هر جلسه

6-ارائه برگ شرح عمل جراحی

7-ارائه برگ شرح حال و خلاصه پرونده

8-در صورت انجام هیستروسکوپی تخلیه ای و تشخیصی (D&C)، ارائه سونوگرافی قبل از عمل

9-در صورت انجام سقط، ارائه سونوگرافی قبل از عمل که سقط جنین را دلالت کند و گواهی از مرجع قانونی مبنی بر لزوم سقط جنین الزامی می باشد.

**در موارد ذیل، اخذ تأییدیه پزشک معتمد بیمه گر قبل از انجام عمل جراحی الزامی می باشد:**

1-جراحی بینی (مانند: آندوسکوپی، سینوس، سپتوپلاستی، شکستگی بینی به غیر از موارد اورژانس و ...)

2-بلوک های عصبی (در صورت ارائه گواهی بیهوشی و تخت روز بیمارستانی محسوب می گردد)

3-جراحی پلک (بلفاروپلاستی و بلفاروپتوز)

4-جراحی یا لیزر واریس پا

5-جراحی ترمیم فتق نافی یا شکمی (به غیر از موارد اورژانسی)

6-ماموپلاستی

7-لیپوساکشن، آبدومینوپلاستی، ژنیکوماستی

8-رینگ گذاری قرنیه

9-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 عینا عودت می گردد.

10-ممهور نمودن گواهی پزشکان، گزارشات، ویزیت و مشاوره و سایر اسناد مربوطه توسط پزشکان الزامی می باشد.

11-در صورت دریافت بخشی از هزینه های صورتحساب از سوی بیمه گر پایه، ارسال تصویر یا تأییدیه مبلغ پرداختی از سوی سازمان بیمه گر پایه به انضمام تصویر برابر با اصل کلیه صفحات پرونده بیمارستانی الزامی می باشد.

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

13-مبلغ خالص پرداختی بیمار، باید توسط مرکز درمانی مشخص گردد.

14-در صورت درج مبلغ باقیمانده در صورتحساب، پرداخت هزینه مستلزم ارائه فاکتور یا صورتحساب بیمارستانی قابل پرداخت می باشد.

15-در صورت استفاده بیمه شده از سهم یارانه ی سلامت در بیمارستان های دولتی، هزینه درمانی صرفا با ارائه رسید مرکز درمانی و تصویر شرح حال (عمل) قابل پرداخت می باشد.

-مجری ومعرف قراردادجهت انجام کلیه امور بیمه ای این قرارداد،شرکت کارگزاری ایمن تامین آینده می باشد.

مدیریت امور اداری و پشتیبانی دانشگاه به عنوان ناظر قراردادجهت نظارت برحسن اجرای بیمه نامه و مفاد قرارداد می باشد.