

لیست مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های درمان تکمیلی پرسنل و اعضا محترم اتاق بازرگانی، صنایع، معادن و کشاورزی شیراز با بیمه البرز

با سلام

احتراما" به پیوست مدارک مورد نیاز جهت پرداخت خسارات بیمه درمان تکمیلی بحضورتان ارسال میگردد.

مدارک لازم جهت جبران هزینه های پاراکلینیکی :

*** آزمایشات ، سونوگرافی، ماموگرافی سی تی اسکن ، ام آر آی ، انواع آندوسکوپی ، تست ورزش ، نوار
عضله ، نوار عصب ، نوار مغز ، ام آر آی ، اکوکاردیوگرافی ، استرس اکو، شنوایی سنجی و ...
دستور پزشک مهر دار + کپی جواب + اصل صورتحساب پرداختی مهور به مهر + کپی صفحه اول دفترچه بیمه شده
اصلی و فرعی

(تبصره : سونوگرافی هایی که توسط متخصص زنان در مطب انجام میشود طبق بخشنامه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی از
تاریخ ۱۳۹۸/۰۴/۰۱ غیر قابل پرداخت می باشد و اخذ مبلغ جداگانه جهت سونوگرافی در مطب توسط پزشکان متخصص زنان
غیرقانونی است.)

*** رادیولوژی:

اصل دستور مهرداد پزشک + اصل قبض پرداختی مهور به مهر + کپی دفترچه بیمه شده اصلی و فرعی
تبصره : جهت رادیولوژی های دندان ارائه اصل دستور مهرداد دندانپزشک الزامی است.

*** فیزیوتراپی:

اصل دستور مهرداد پزشک متخصص مرتبط + کارت جلسات + فاکتور مهور به مهر مرکز فیزیوتراپی + کپی صفحه اول
دفترچه بیمه شده اصلی و فرعی
تبصره) مراجعه به پزشک معتمد بیمه گر جهت بیماران با تعداد جلسات فیزیوتراپی بیشتر از ۱۰ جلسه و یا بیشتر از دو اندام ، در طول مدت
قرارداد و ارائه مدارک مستند مثبت یا معاینه جهت تشخیص و تایید پزشک معتمد بیمه گر الزامی است.

*** مدارک لازم جهت جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی:

*** گچ گیری و آتل بندی :

دستور پزشک مهور به مهر مبنی بر گچ گیری (با ذکر نوع گچ گیری) + دستور پزشک جهت لوازم گچ گیری مهور به
مهر پزشک + اصل قبض داروخانه و لوازم گچ گیری مهور به مهر + کپی صفحه اول دفترچه بیمه شده اصلی و فرعی

*** زگیل ، میخچه ، کیست های و ضایعات پوستی

اصل دستور پزشک مبنی بر توضیحات در ارتباط نوع ، تعداد و ابعاد ضایعه خارج شده با ذکر نام بیمار و تاریخ انجام + کپی
دفترچه بیمه شده اصلی و فرعی

تبصره: در خصوص برداشت زگیل و میخچه در صورتیکه تعداد و رقم دریافتی جهت آن منطقی باشد (حدود ۰۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال) احتیاج به
معاینه اولیه ندارد اما در صورت تکرار جلسات و یا مبالغ بالاتر ، معاینه بیمار و تایید پزشک معتمد بیمه گر ، قبل از عمل ضروری است.

تبصره ۲) در خصوص برداشت ضایعات پوستی (skin tag) کیست های پاپیلونیدال ، آبسه و درناژ و غدد چربی، جبران هزینه با ارائه جواب
پاتولوژی قابل پرداخت می باشد.

*** ختنه:

دستور پزشک مبنی بر ختنه مهور به مهر پزشک + اصل قبض پرداختی مهور به مهر درمانگاه و یا پزشک + کپی صفحه اول
دفترچه بیمه شده اصلی و فرعی

لیست مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های درمان تکمیلی پرسنل و اعضا محترم اتاق بازرگانی، صنایع، معادن و کشاورزی شیراز با بیمه البرز

***بخیه:

دستور پزشک مبنی بر بخیه ممهور به مهر پزشک (به همراه توضیح ابعاد بخیه بیمار) + اصل قبض پرداختی ممهور به مهر درمانگاه و یا پزشک + کپی صفحه اول دفترچه بیمه شده اصلی و فرعی.

*** هزینه های اروتز:

اصل فاکتور خرید + دستور پزشک متخصص مرتبط + گزارش کتبی **MRI** یا **CT-SCAN** و یا رادیولوژی + کپی صفحه اول دفترچه بیمه شده اصلی و فرعی.
تبصره (۱) - خرید اروتز تنها از مراکز تجهیزات پزشکی و داروخانه با فاکتور ممهور به مهر امکان پذیر است.
تبصره (۲) - ارائه گزارش کتبی **MRI** یا **CT-SCAN** و یا رادیولوژی الزامی می باشد.
تبصره (۳) - ارائه گواهی پزشک متخصص مرتبط الزامی می باشد.
تبصره (۴) - در صورت لزوم مراجعه به پزشک معتمد بیمه الزامی می باشد.

*** هزینه های عینک و لنز طبی:

اصل دستور چشم پزشک یا اپتومتریست (برگ سبز رنگ دفترچه بیمه یا سربرگ) ممهور به مهر با درج شماره چشم + برگه اپتومتری کامپیوتری ممهور به مهر + اصل فاکتور پرداختی عینک سازی (تفکیک قیمت شیشه و فریم) + کپی صفحه اول دفترچه بیمه شده اصلی و فرعی
تبصره (۱): بیمه گر میتواند در طول مدت قرارداد بصورت رندوم پیش از پرداخت هزینه های عینک، تعدادی از بیمه شدگان محترم را جهت معاینه و تایید شماره چشم به پزشک معتمد خود ارجاع نماید.
تبصره (۲): حضور شخص بیمه شده و عینک خریداری شده در زمان مراجعه به کارشناس به همراه مدارک شناسایی هویتی الزامی است.

*** مدارک لازم جهت جبران هزینه های دندان پزشکی:

گواهی از دندانپزشک معالج یا مرکز درمانی (ممهور به مهر دندانپزشک) + عکس رادیولوژی قبل و بعد از کار (باتوجه به نوع درمان انجام شده) + کپی دفترچه بیمه، بیمه شده اصلی و فرعی
تبصره (۱) هزینه های دندانپزشکی با توجه به تعرفه محاسبه و پرداخت میگردد.
تبصره (۲) درج شماره دندان، اعمال انجام شده به تفکیک و ریز هزینه برای هر دندان، نام بیمار و تاریخ، و ارائه عکس رادیولوژی قبل و بعد از کار الزامی است.
تبصره (۳) هزینه های دندانپزشکی شامل کشیدن، روکش، پروساز، جرم گیری، ترمیم، پرکردن، درمان ریشه و جراحی نسج نرم و سخت می باشد.
تبصره (۴) بیمه گر میتواند در طول مدت قرارداد بصورت رندوم پیش از پرداخت هزینه های دندانپزشکی، تعدادی از بیمه شدگان محترم را جهت معاینه و تایید به پزشک معتمد خود ارجاع نماید و جبران هزینه ها، پس از تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود.
تبصره (۵) - پوشش دندانپزشکی شامل طرح والدین نمی باشد

*** جبران هزینه سمعک:

دستور پزشک متخصص مرتبط ممهور به مهر + کپی جواب شنوایی سنجی + اصل فاکتور تجهیزات پزشکی ممهور به مهر جهت خرید سمعک + کپی دفترچه بیمه، بیمه شده اصلی و فرعی.
تبصره (۱) ارسال جواب آزمایشات شنوایی سنجی انجام شده پیش از خرید سمعک جهت دریافت هزینه الزامی است.
تبصره (۲) خرید سمعک تنها از مراکز تجهیزات پزشکی و داروخانه ها دارای مهر و سربرگ مجاز می باشد.
تبصره (۳) در صورت لزوم مراجعه به پزشک معتمد بیمه الزامی می باشد.

*** مدارک لازم جهت جبران هزینه های بیمارستانی:

جبران هزینه های بستری در بیمارستان (بستری بالای ۶ ساعت منجر به بستری در بخش) و انواع اعمال جراحی عمومی (به جز موارد استثناء و غیر قابل پرداخت)، رفع عیوب انکساری چشم زایمان.

آدرس دفتر مرکزی: شیراز، چهارراه قصرالدشت، روبروی بانک ملی، بن بست ۹۲، مجتمع البرز، طبقه ۲

لیست مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های درمان تکمیلی پرسنل و اعضا محترم اتاق بازرگانی، صنایع، معادن و کشاورزی شیراز با بیمه البرز

صورتحساب کامل تمام صفحات بیمارستانی (اصل صورتحساب چاپ ۱) + خلاصه پرونده + شرح عمل + برگه بیهوشی (همگی ممهور به مهر اصل بیمارستان یا کپی برابر اصل بیمه پایه) + کپی صفحه اول دفترچه بیمه شده اصلی و فرعی تبصره ۱) در صورتیکه مرکز درمانی طرف قرارداد بیمه پایه نباشد جهت پرداخت سهم بیمه پایه مراجعه به سازمان اسناد پزشکی و دریافت فرم مبلغ پرداختی سهم بیمه گر اول الزامی می باشد.

تبصره ۲) ارائه کپی جواب مکتوب **MRI** یا رادیولوژی و یا سی تی اسکن پیش از عمل جهت جراحی های **AGL** رباط صلیبی، دیسک و جراحی های مربوط به ستون فقرات، سپتو پلاستی و انحراف بینی الزامی است.

تبصره ۳) ارسال شماره چشم کامپیوتری ممهور به مهر پزشک پیش از عمل لیزیک، لازیک، فمتوسکند و **PRK** (اعمال رفع عیوب انکساری الزامی است).

تبصره ۴) ارسال سونوگرافی پیش از عمل جهت اعمال فتق، هرنی و هرنیا الزامی است.

تبصره ۵) ارسال جواب آزمایش، تصویربرداری و سایر اعمال پاراکلینیکی انجام شده در طول مدت بستری انجام شده جهت بیمه شده الزامی است.

تبصره ۶) جهت دریافت حق العمل جراح و کمک جراح ارسال صورتحساب بیمارستانی ممهور به مهر پزشک الزامی است.

تبصره ۷) ارسال جواب آزمایش پاتولوژی از نمونه جراحی های سرطان بعد از عمل الزامی است.

تبصره ۸) پرداخت هزینه اعمال جراحی بلفارو پلاستی، اسلیو معده، بای پس معده، جراحی ابدومینوپلاستی، لیپوساکشن، رینوپلاستی، کوچک کردن یا بزرگ کردن و لیفت سینه، تزریق چربی تنها در صورت تایید بیمه پایه جهت موارد درمانی و تایید پزشک معتمد بیمه پیش از عمل قابل پرداخت می باشد، و در صورت عدم تایید پیش از عمل قابل پرداخت نمی باشد.

***مدارک لازم جهت جبران هزینه های شیمی درمانی:

گواهی پزشک متخصص مبنی بر شرح بیماری و تعیین تعداد جلسات مورد نیاز شیمی درمانی + فاکتور خرید از داروخانه ممهور به مهر داروخانه و پزشک + دستور مهردادار پزشک مبنی بر جلسه شیمی درمانی و ریز داروها + خلاصه پرونده + کپی دفترچه بیمه شده اصلی و فرعی.

***مدارک لازم جهت جبران هزینه های آمبولانس:

اصل قبض آمبولانس ممهور به مهر که دارای مشخصات نام و نام خانوادگی بیمه شده، تاریخ، مبداء و مقصد باشد + خلاصه پرونده بستری + دستور پذیرش بیمه شده در مرکز درمانی + کپی صفحه اول دفترچه بیمه، بیمه شده اصلی و فرعی.

تبصره ۱) هزینه آمبولانس شامل جابه جایی جسد نمیگردد.

تبصره ۲) هزینه آمبولانس به شرط بستری بیمه شده و از محل منزل (یا محل حادثه) به مرکز درمانی و یا بین دو مرکز درمانی قابل پرداخت می باشد.

***مدارک لازم جهت دریافت معرفی نامه بیمارستانی: (دریافت حواله قبل از عمل)

مراجعه به بیمارستان های طرف قرارداد و دریافت برگه پذیرش بیمارستانی ممهور به مهر (اصل و کپی) + کپی صفحه اول دفترچه بیمه، بیمه شده اصلی و فرعی + مراجعه به بیمه البرز.

تبصره ۱) عدم صدور معرفی نامه جهت هر گونه اعمال با بی حسی (بدون بیهوشی عمومی)، عمل لیزیک + لازیک + **PRK** رفع عیوب انکساری چشم، سپتورینوپلاستی، آندوسکوپی سینوس

تبصره ۲) صدور معرفی نامه بلفاروپلاستی (لزوم هماهنگی ۱۵ روز پیش از عمل با بیمه البرز)

مراجعه به بیمه گر اول و دریافت تاییدیه پزشکی + دریافت میدان بینایی چشم + مراجعه به پزشک معتمد بیمه البرز و دریافت تاییدیه + مراجعه به دفتر شرکت با مدارک فوق الذکر به همراه دفترچه بیمه شده اصلی و فرعی جهت صدور معرفی نامه.

تبصره ۳) صدور معرفی نامه بای پس معده، اسلیو معده: (لزوم هماهنگی ۱۵ روز پیش از عمل با بیمه البرز)

مراجعه به بیمه گر اول و دریافت تاییدیه پزشکی + دریافت **BMI** (شاخص توده جسمی بدن) + مراجعه به پزشک معتمد بیمه البرز و دریافت تاییدیه + مراجعه به دفتر شرکت با مدارک فوق الذکر به همراه دفترچه بیمه شده اصلی و فرعی جهت صدور معرفی نامه.

تبصره ۴) ارائه سونوگرافی پیش از عمل جهت اعمال فتق، هرنی و هرنیا الزامی است.

لیست مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های درمان تکمیلی پرسنل و اعضا محترم اتاق بازرگانی، صنایع، معادن و کشاورزی شیراز با بیمه البرز

تبصره ۵) ارائه کپی جواب مکتوب **MRI** یا رادیولوژی و یا سی تی اسکن پیش از عمل جهت جراحی های **ACI** زانو، رباط صلیبی، دیسک و جراحی های مربوط به ستون فقرات، سپتو پلاستی و انحراف بینی الزامی است.
تبصره ۶) با توجه به اعتبار ۴۸ ساعته هر معرفینامه درمانی، مراجعه جهت صدور معرفینامه به شرکت بیمه البرز از ۴۸ ساعت قبل از عمل صورت گیرد.
تبصره ۷) امکان صدور مجدد جهت حواله معرفینامه درمانی وجود ندارد و در صورت مفقود شدن معرفینامه صادره مسئولیت برعهده بیمه شدگان محترم می باشد.

*** مدارک لازم جهت معرفینامه دندان:

(حواله قبل از انجام درمان)
مراجعه به مراکز طرف قرار داد و دریافت طرح درمانی دندان + مراجعه به دفتر شرکت بیمه البرز + کپی صفحه اول دفترچه بیمه پایه، بیمه شده اصلی و فرعی تبصره ۱) با توجه به مدت زمان اعتبار ۴۸ ساعته معرفی نامه حتماً حداقل دوازده روز قبل از شروع درمان مراجعه شود.
تبصره ۲) رجوع به دندانپزشک معتمد بیمه گر جهت تایید هزینه ی ترمیم دندان های قدیمی (بیش از ۲ دندان با شماره های ۱ تا ۴) الزامی می باشد.
تبصره ۳) محاسبه و کارشناسی موارد طرح درمان جهت صدور معرفینامه مطابق با موارد پوشش در قرارداد درمان تکمیلی و با توجه به تعرفه می باشد.

*** سایر شرایط:

*تبصره ۱) امکان پرداخت فاکتور و صورتحساب با پرینت رنگی و یا کپی برابر اصل ویا المثنی، چاپ دوم، چاپ مجدد و یا فاقد مهر پزشک مربوطه به هیچ عنوان میسر نمی باشد، لذا خواهشمند است جهت پیشگیری از اتلاف وقت و برگشت فاکتورهای ارسالی توسط بیمه الزاماً اصل فاکتورهای درمانی ارسال گردد.
*تبصره ۲) فاکتورهایی که دارای قلم خوردگی و مخدوش می باشند قابل پرداخت نمی باشند، لذا قبل از ارسال نسبت به تعویض ویا اصلاحیه مجدد مههور به مهر پزشک اقدام فرمایید.
* تبصره ۳) هزینه چکاپ های سالانه عمومی و دوره ای پرسنل که بیمه گذار ملزم و مکلف به انجام و پرداخت آن به عنوان کارفرما می باشد، آزمایشات طب کار، بررسی اعتیاد و عدم سوء پیشینه و آزمایشات پیش از ازدواج، مشاوره تحصیلی، تست هوش، تست خواب و واکسن و چکاپ غیرقابل پرداخت می باشد.
*تبصره ۴) ارسال کپی دفترچه بیمه شده اصلی جهت افرادی که کدکارگاهی بیمه پایه نفرات زیر مجموعه آنها مربوط به آن به تبع بیمه گذار نمی باشد، الزامی است.
* تبصره ۵) هزینه چکاپ های سالانه عمومی و دوره ای پرسنل که بیمه گذار ملزم و مکلف به انجام و پرداخت آن به عنوان کارفرما می باشد، آزمایشات طب کار، بررسی اعتیاد و عدم سوء پیشینه و آزمایشات پیش از ازدواج، مشاوره تحصیلی، تست هوش، تست خواب و واکسن و چکاپ غیرقابل پرداخت می باشد.
*تبصره ۶) مهلت تحویل کلیه مدارک خسارت جهت دریافت هزینه ها اعم از مدارک بیمارستانی، پاراکلینیکی و غیره در طول مدت قرارداد حداکثر تا ۳ ماه پس از تاریخ ترخیص بیمه شده و حداکثر تا یک ماه پس از دریافت سهم بیمه گر اول می باشد.
*تبصره ۷) مدارک درمانی (اعم از بیمارستانی، پاراکلینیکی، عکس، CD، تجهیزات پزشکی و...) اخذ شده از بیمه شدگان محترم پس از پرداخت مبلغ خسارت، به هیچ عنوان قابل برگشت نبوده و در بایگانی بیمه گر به عنوان اسناد مالی محفوظ باقی می ماند.
لذا مقتضی است در صورت نیاز بیمه شده پیش از تحویل مدارک به بیمه گر رو نوشت اخذ گردد.
*تبصره ۸) بیمه گر در پایان هر ماه طی یک نامه کتبا "مدارک برگشتی و یادارای نقص دریافت شده از بیمه شدگان را به رابط معرفی شده بیمه گذار عودت می دهد. مسئولیت تکمیل و پیگیری نواقص حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ تحویل نامه بر عهده بیمه شدگان خواهد بود.
*تبصره ۹) حق هرگونه تحقیق، دعوت به معاینه و بررسی سوابق بیماری بیمه شده به منظور تایید هزینه های انجام شده مطابق با اسناد ارائه شده توسط بیمه شده محترم و شرایط بیمه نامه برای بیمه گر محفوظ می باشد.
*تبصره ۱۰) *** جهت پرداخت خسارت به فرزندان (تحت تکفل) به لیست بیمه تکمیلی دریافت موارد ذیل الزامی است:
۱- فرزند مونث ۱۸ سال و بالاتر: ارائه کپی تمام صفحات شناسنامه برابر اصل + کپی دفترچه بیمه پایه معتبر
۲- فرزند مذکر ۲۲ تا ۲۵ سال: اصل گواهی اشتغال به تحصیل معتبر + کپی دفترچه بیمه پایه معتبر.
*تبصره ۱۱) لیست فوق مربوط به مدارک مورد نیاز انواع پوششهای درمانی میباشد که ممکن است برخی از تعهدات تحت پوشش بیمه قرارداد درمان تکمیلی فی مابین نباشند.

با تقدیم احترام و آرزوی رضایتمندی بیمه شدگان محترم

شرکت خدمات بیمه ای بهین پوشش البرز