


WI06-10 -00	کد مدرک	دستور العمل اجرائی بیمه سامان بیمه نامه‌های درمان SOS	
۱۴۰۵/۰۳/۰۱	تاریخ بازنگری		

➤ **خسارت:**

مدارک موردنیاز جهت دریافت خسارت درمان تکمیلی	نوع هزینه
<p style="text-align: center;">در صورت بستری:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اصل صورتحساب کلی بیمارستان ممهور به مهر بیمارستان • اصل ریز داروها و لوازم مصرفی مربوط به اتاق عمل و بخش ممهور به مهر داروخانه و بیمارستان مطابق با صورتحساب بیمارستان • ارائه شرح حال، ویزیت و مشاوره، خلاصه پرونده، برگه بیهوشی، برگ ترخیص • کپی جواب هزینه های پاراکلینیکی که در صورتحساب بیمارستان ذکر شده است. • گواهی تعداد جلسات فیزیوتراپی به همراه تاریخ و اقدامات انجام شده در هر جلسه با مهر فیزیوتراپ. • چنانچه لوازم مصرفی از سوی بیمارستان خریداری شده است فاکتور خرید بیمارستان ممهور به مهر پزشک معالج، مهر بیمارستان و اتاق عمل • در صورت دریافت هزینه از سوی بیمه گر پایه کپی برابر اصل مدارک به همراه گواهی پرداخت آن سازمان. • ارائه جواب پاتولوژی جهت اعمال جراحی اکسیژونال یا تمام جراحی هایی که طی آن بافتی از بدن بیمار برداشته شود. • در صورت عدم تمایل به استفاده از سهم بیمه گر پایه، می بایست فرم انصراف مربوطه تکمیل گردد. <p style="text-align: center;">در صورت انجام درمان طبی:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ارائه برگ سیر بیماری • گواهی از پزشک مبنی بر تعداد ویزیت صورت گرفته با مهر پزشک <p style="text-align: center;">در صورت عمل جراحی:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اصل صورتحساب کلی بیمارستان ممهور به مهر بیمارستان • اصل ریز داروها و لوازم مصرفی مربوط به اتاق عمل و بخش ممهور به مهر بیمارستان • ارائه شرح حال، خلاصه پرونده، برگه بیهوشی • کپی جواب هزینه های پاراکلینیکی که در صورتحساب بیمارستان ذکر شده است. • گواهی تعداد جلسات فیزیوتراپی به همراه تاریخ و اقدامات انجام شده در هر جلسه • ارائه برگه شرح عمل جراحی • اصل گواهی جراح ممهور به مهر پزشک جراح • چارت بیهوشی ممهور به مهر پزشک بیهوشی • اصل ریز داروها و وسایل مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر داروخانه بیمارستان • گواهی از پزشک مبنی بر تعداد مشاوره صورت گرفته به همراه مهر • ارائه جواب پاتولوژی جهت سایر اعمال جراحی • 	بیمارستانی

<ul style="list-style-type: none"> • چنانچه لوازم مصرفی از سوی بیمارستان خریداری شده است فاکتور خرید بیمارستان ممهور به مهر پزشک معالج، مهر بیمارستان، و اتاق عمل • در صورت دریافت هزینه از سوی بیمه گر پایه کپی برابر اصل مدارک به همراه گواهی پرداخت آن سازمان • در صورت عدم تمایل به استفاده از سهم بیمه گر پایه، می بایست فرم انصراف مربوطه تکمیل گردد. <p>❖ در صورت استفاده از پروتز و اتاق عمل، اصل فاکتور پروتز ها ممهور به مهر بیمارستان، مهر اتاق عمل و مهر پزشک جراح مبنی بر استفاده وسایل در اتاق عمل الصاق اصل لیبل (نظیر استنت و بالن، پیچ و پالک و ...) و در صورت خرید پروتز توسط بیمارستان ارائه فاکتور خرید کلی بیمارستان ممهور به مهر اتاق عمل به همراه نوع وسیله و مبلغ الزامی می باشد.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • ارائه اصل قبض معتبر، ممهور به مهر آمبولانس • پرداخت هزینه آمبولانس مشروط به موارد اورژانس و فوریت های پزشکی منجر به بستری شدن بیمار می باشد. • پرداخت هزینه آمبولانس مشروط به انتقال بیمار به مراکز تشخیصی یا درمانی دیگر و برگشت به مرکز اولیه (در طول مدت همان بستری و با دستور پزشک معالج) • قبض آمبولانس می بایست شامل اطلاعات کامل بیمار، تاریخ و مبدا و مقصد و مهر مرکز مربوطه باشد. • مستندات بستری ضمیمه گردد. 	<p>آمبولانس</p>
<ul style="list-style-type: none"> • دستور پزشک ممهور به مهر پزشک در سربرگ پزشک و یا مراکز درمانی • اصل قبض پرداختی (مبلغ پرداختی توسط بیمار) ممهور به مهر مرکز درمانی و قید تاریخ • کپی جواب مبنی بر انجام اقدام پاراکلینیکی • پاپ اسمیر با جواب پاتولوژی قابل پرداخت می باشد. • پرداخت هزینه سونوگرافی زنان در مطب مشروط به انجام توسط فوق تخصص نازایی، ناباروری یا متخصص پریناتولوژی در مطب قابل پرداخت خواهد بود. • هر گونه برداشت ضایعات و کرایو باید تعداد و ناحیه و نوع و علت مشخص و در صورت نمونه برداری جواب پاتولوژی الزامی میباشد. (زیبایی غیر قابل پرداخت می باشد). ✓ در صورت انجام هر گونه اقدام که ممکن است زیبایی تشخیص داده شود قبل از انجام کلیه امور با پزشک معتمد شرکت بیمه گر هماهنگ شود. • جهت خدمت طب سوزنی می بایست ناحیه و نوع بیماری مشخص گردد. ✓ نکته: اسناد پاراکلینیکی به هیچ عنوان عودت نمی گردد از ارسال اصل جواب مدارک پاراکلینیکی خودداری فرمایید. 	<p>پاراکلینیکی: آزمایشات، تصویربرداری ها، نوار سنجی ها و ...</p>
<ul style="list-style-type: none"> • دستور پزشک متخصص مبنی بر لزوم انجام (فیزیوتراپی، کایروپراکتیک، کاردرمانی، گفتار درمانی و ...) ذکر علت انجام کار و مشخص نمودن تعداد اندام ها و تعداد جلسات ممهور به مهر پزشک متخصص • اصل فاکتور ممهور به مهر مرکز • ریز جلسات به تفکیک تاریخ (با مهر مجزا) • در صورتی که تجویز کننده خدمت فیزیوتراپی و انجام دهنده خدمت یک نفر باشد، هزینه غیر قابل پرداخت می باشد. • خدمت فیزیوتراپی می بایست از سوی فیزیوتراپیست صورت پذیرد. ✓ فیزیوتراپی بالای ۱۰ جلسه نیاز به مدرک تشخیصی می باشد. 	<p>فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتار درمانی، کایروپراکتیک</p>
<ul style="list-style-type: none"> • سر نسخه پزشک یا اصل قبض دریافتی مرکز درمانی شامل نام بیمار، کد ملی بیمار، تاریخ ویزیت، مهر و امضا پزشک معالج، مبلغ دریافتی از بیمار • ویزیت ها نیاز به مهر پزشک دارد تا طبق درجه علمی پزشک هزینه محاسبه گردد، در صورتیکه در حین ویزیت خدمات دیگری توسط پزشک انجام شده باشد مبلغ پرداختی تفکیک و مجدداً توسط پزشک مهر گردد. 	<p>ویزیت</p>

<ul style="list-style-type: none"> • نسخ آزاد: ارائه اصل سربرگ پزشک مربوطه شامل: ۱. نام بیمار ۲. تاریخ ۳. مهر پزشک ۴. فاکتور داروخانه مهور به مهر داروخانه ۴. خوانا بودن نسخه به همراه ریز اقلام، قیمت و سهم بیمه پایه • نسخ استفاده شده از سهم بیمه گر پایه فاکتور داروخانه بایستی شامل: ۱. نام بیمار ۲. تاریخ ۳. مشخصات پزشک معالج و یا مهر پزشک و مهر داروخانه ۴. خوانا بودن نسخه به همراه ریز اقلام، قیمت و سهم بیمه پایه • مشخصات پرینت فاکتور داروخانه شامل: ۱. نام و کد ملی بیمار ۲. تاریخ مراجعه ۳. مهر داروخانه ۴. خوانا بودن به همراه ریز اقلام، قیمت و سهم بیمه پایه) ۵. نوع سند آزاد/بیمه گر پایه ۶. مشخصات پزشک. • در صورت بیماری های خاص: • ارائه مستندات ابتلا به بیماری (جواب پاتولوژی، ام ار ای ، گواهی پزشک مبنی بر نوع بیماری و درمان، دوز مصرفی دارو...) • داروهای تزریقی به همراه گواهی تزریق ارائه گردد. • در صورت بیمه های مکمل (جنبه درمانی): • تجویز توسط پزشک متخصص 	<p style="text-align: center;">دارو</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در خصوص نسخ الکترونیک درحالتی که پزشک اقدام به صدور نسخه کاغذی برای دارو نماید: • برای داروهای تحت پوشش تامین اجتماعی: داروخانه موظف به نگهداری اصل دستور پزشک میباشد، لذا ضروری است از نسخه پزشک کپی تهیه و داروخانه آنرا به فاکتور (شامل مشخصات بیمار و پزشک مربوطه) ضمیمه و مهر نماید. • در مورد داروهای غیر بیمه (آزاد)، همانند گذشته اصل نسخه پزشک (شامل مشخصات بیمار) همراه با فاکتور به بیمه تکمیلی ارائه می شود. • در حالتی که پزشک اقدام به صدور نسخه الکترونیک نماید: • از پزشک بخواهید که یک پرینت از نسخه الکترونیک و یا یک نسخه کاغذی هم برای بیمه تکمیلی ارائه و مهر نماید . • بیمه شدگان بابت نسخ الکترونیکی دارو که در پرینت داروخانه اطلاعات بیمار و پزشک معالج وجود ندارد، می بایست نسبت به دریافت و چاپ اطلاعات کامل نسخه خود از سایت بیمه گر پایه (بخش جزئیات نسخه) اقدام نمایند. • در موارد پاراکلینیکی با ارائه قبض و جواب قابل بررسی و پرداخت می باشد. 	<p style="text-align: center;">نسخ الکترونیکی و عدم صدور دفترچه تامین اجتماعی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ارائه اصل گواهی اقدام درمانی، مبلغ پرداختی، شماره دندان، نوع مواد و سطح ترمیم، مهور به مهر پزشک و تاریخ معالجه • جهت عصب کشی و روکش دندان، ارائه عکس OPG قبل و بعد درمان و در صورت درمان مجدد گرافی حین درمان الزامی می باشد. • درج مشخصات بیمار و تاریخ در کلیه گرافی ها الزامی می باشد. • برای پرکردن و ترمیم (کامپوزیت و آمالگام) تا سه دندان نیاز به عکس OPG نبوده ولی بیش از سه دندان ارائه عکس OPG قبل و بعد الزامی است، ✓ نکته: در خصوص پرداخت هزینه های دندان پزشکی شماره دندان های ۱-۲-۳ بالا و پایین، چپ و راست گرافی قبل و بعد جهت تشخیص زیبایی الزامیست. • پرداخت هزینه هرگونه جراحی دندان منوط به ارائه عکس OPG قبل و بعد از انجام کار می باشد. • در خصوص پرداخت هزینه های ارتودنسی، ارائه رادیوگرافی پانورکس و لترال سفالومتری قبل و فوتوگرافی بعد کار الزامیست در صورتیکه گرافی بعد با تلفن همراه یا دوربین گرفته می شود به صورت واضح باشد و براکت داخل دهان مشخص باشد. • در صورت صلاحدید دندانپزشک معتمد بیمه، بیمار باید با براکت ویزیت شود. (جهت انجام امور ارتودنسی دندانپزشک حتما باید متخصص ارتودنسی باشد). • در خصوص پرداخت هزینه های ایمپلنت، ارائه CBCT و ارائه OPG قبل از قراردادن پایه ایمپلنت و بعد از قراردادن آن و همچنین Lable فیکسچر خریداری و استفاده شده جهت پرداخت هزینه فیکسچر الزامی بوده (در صورت تشخیص دندانپزشک معتمد بیمه گر ارائه عکس با فیکسچر الزامی می باشد)، ضمناً ارائه عکس OPG قبل و بعد انجام روکش الزامی می باشد. • در خصوص پرداخت هزینه دندان مصنوعی opg قبل، فوتوگرافی از دندان مصنوعی خارج و داخل دهان و کپی کارت ملی بیمار الزامیست. ✓ نکته: در صورت صلاحدید کارشناس شرکت بیمه گر، مستندات درمانی جهت بررسی بیشتر می بایست ارائه گردد. 	<p style="text-align: center;">دندانپزشکی</p>

<p>✓ نکته: در صورتی که بیهوشی در مراکزی صورت گیرد که مجوز لازم از وزارت بهداشت را نداشته باشد هزینه غیر قابل پرداخت می باشد.</p> <ul style="list-style-type: none"> • درمان ریشه، (اندو) گرافی قبل و بعد کار الزامیست. • عصب کشی دندان دائمی شرایط سنی ندارد و گرافی قبل و بعد الزامیست. • تعرفه پزشک عمومی و متخصص متفاوت می باشد. (جراح دندانپزشک عمومی محاسبه می گردد). <p>✓ نکته: ویزیت همراه با خدمات دندانپزشکی غیر قابل پرداخت می باشد.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • اصل مدارک بستری • اصل صورتحساب مرکز مربوطه مبنی بر تعداد جلسات شیمی درمانی و داروهای مورد استفاده. • دستور پزشک مبنی بر نوع بیماری و تعداد جلسات و تعداد شان های رادیوتراپی، فیلد درمانی و دوز اشعه. • ارائه جواب هرگونه هزینه پاراکلینیکی که در صورتحساب ذکر گردیده است. • ارائه نسخه شیمی درمانی، قبض دارو پرداختی مضموم به مهر داروخانه و مرکز شیمی درمانی. <p>✓ نکته: دارو های تزریقی به همراه گواهی تزریق ضمیمه و ارسال گردد.</p>	<p>شیمی درمانی و رادیو تراپی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • دستور پزشک مضموم به مهر. • اصل صورتحساب کلی و ریز صورتحساب مرکز. • کپی گزارش جواب و عکس. • در صورت بیهوشی ارائه برگه بیهوشی. • در صورت انجام بیوپسی ارائه جواب پاتولوژی الزامی می باشد. • پرداخت هزینه کلونوسکوپی در مطب، غیر قابل پرداخت می باشد. 	<p>آندوسکوپی و کلونوسکوپی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • اصل برگه تعیین نمره چشم کامپیوتری و اصل نسخه پزشک (مضموم به مهر چشم پزشک متخصص و یا اپتومتریست) (سربرگ معتبر) • اصل فاکتور معتبر خرید عینک مضموم به مهر مرکز خرید عینک با ذکر نام بیمار و تاریخ (بازه زمانی دستور و فاکتور بیش از یکماه غیر قابل پرداخت می باشد) 	<p>عینک</p>
<ul style="list-style-type: none"> • اصل دستور پزشک در سر نسخه پزشک متخصص با ذکر بیماری • اصل فاکتور خرید سر برگ دار همراه با تاریخ و مهر مرکز • مدارک تشخیصی شامل (اسکن-ام ار ای-گرافی) الزامی است. 	<p>اروتز</p>
<ul style="list-style-type: none"> • اصل دستور پزشک در سر نسخه پزشک متخصص • ارائه جواب شنوایی سنجی و موارد مرتبط با تجویز سمعک. • اصل فاکتور معتبر خرید همراه با تاریخ و مهر مرکز • کپی برگه گارانتی 	<p>سمعک</p>
<ul style="list-style-type: none"> • اصل گرافی مربوطه • ذکر نوع و محل شکستگی و نوع گچگیری توسط پزشک معالج گواهی گردد. • اصل نسخه دارویی و لوازم مصرفی به همراه فاکتور خرید ارائه گردد. • ارائه شرح حادثه که توسط بیمار ذکر گردد. 	<p>شکستگی و در رفتگی و آتل بندی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • گزارش پزشک به همراه اندازه، میزان و عمق پارگی، محل آناتومیک و تعداد بخیه های انجام شده 	<p>بخیه</p>
<ul style="list-style-type: none"> • جراحی های ناحیه شکمی (بیماری های زنان، هرنی های شکمی و نافی و ...) دستور پزشک و گزارش سونوگرافی قبل (تاییدیه پزشک بیمه گر) • عیوب انکساری (لیزیک، لازک، فمتو، PRK و...) دستور پزشک و برگه اپتومتری 	<p>مدارک مورد نیاز برای صدور معرفی نامه پرداخت</p>

<ul style="list-style-type: none"> • انحراف اندام (اسکولیوز، کیفوز، زنوواروم، هالوکس والگوس و ..) دستور پزشک ، گزارش یا کلیشه تصویر برداری (MRI یا SCAN) • تعویض مفاصل (دستور پزشک) • بیماری های اعصاب و روان (دستور پزشک و شرح حال بیمارستان) • سپتو یا رینوپلاستی بینی (دستور پزشک و گزارش اسکن یا گرافی واترز • جراحی تخصصی شامل: • قلب (دستور پزشک ، گزارش آنژیوگرافی یا CT آنژیو • مغز و نخاع دستور پزشکو گزارش کلیشه MRI یا CT SCAN 	<p style="text-align: center;">خسارت جهت سایر جراحی های مجاز</p>
<ul style="list-style-type: none"> • اصل کارت ملی، دستور پزشک و مدارک تشخیصی • جراحی های ناحیه شکمی (بیماری های زنان، هرنی های شکمی و نافی و ...) دستور پزشک و گزارش سونوگرافی قبل • عیوب انکساری (لیزیک،لازک،فمتو،PRK و...) دستور پزشک و برگه اپتومتری • انحراف اندام (اسکولیوز، کیفوز، زنوواروم، هالوکس والگوس و ..) دستور پزشک ، گزارش یا کلیشه تصویر برداری (MRI یا SCAN) • تعویض مفاصل (دستور پزشک) • بیماری های اعصاب و روان (دستور پزشک و شرح حال بیمارستان) • سپتو یا رینوپلاستی بینی (دستور پزشک و گزارش اسکن یا گرافی واترز • جراحی تخصصی شامل: • قلب (دستور پزشک ، گزارش آنژیوگرافی یا CT آنژیو • مغز و نخاع دستور پزشکو گزارش کلیشه MRI یا CT SCAN • عیوب انکساری (لیزیک،لازک،فمتو،PRK و...) دستور پزشک و برگه اپتومتری • انحراف اندام (اسکولیوز، کیفوز، زنوواروم، هالوکس والگوس و ..) دستور پزشک ، گزارش یا کلیشه تصویر برداری (MRI یا SCAN) • تعویض مفاصل (دستور پزشک) • بیماری های اعصاب و روان (دستور پزشک و شرح حال بیمارستان) • سپتو یا رینوپلاستی بینی (دستور پزشک و گزارش اسکن یا گرافی واترز • جراحی تخصصی شامل: • قلب (دستور پزشک ، گزارش آنژیوگرافی یا CT آنژیو • مغز و نخاع دستور پزشک و گزارش کلیشه MRI یا CT SCAN 	<p style="text-align: center;">مدارک مورد نیاز برای صدور معرفی نامه پرداخت خسارت جهت سایر جراحی های مجاز</p>

➤ نکات قابل توجه:

- کلیه قبوض و مدارک پزشکی می بایست فاقد هرگونه خط خوردگی یا قلم خوردگی باشد. در صورت خط خوردگی می بایست اصلاحات از سوی پزشک مربوطه مهر و تائید گردد.
- پیش فاکتور و قبض و دیعه و قبض باقیمانده غیر قابل پرداخت می باشد .
- در صورت درج چندین خدمت در یک نسخه می بایست مبالغ تفکیک و بابت هر خدمت یک مهر جداگانه ثبت گردد.
- ویزیت همراه با خدمات دندانپزشکی غیر قابل پرداخت می باشد.
- در جراحی های مربوط به رفع عیوب انکساری ارائه اصل برگه رفاکشن (مربوط به تعیین دید چشم) الزامیست.
- مدارک مورد نیاز دیگر بر حسب مورد از بیمار درخواست خواهد شد.

➤ مواردی که قبل از اقدام درمانی نیاز به تأیید پزشک معتمد بیمه گردارد چنانچه قبل از عمل مراجعه نشود و مهر تأیید پزشک بیمه سامان را نداشته باشد در هیچ صورت قابل پرداخت نخواهد بود.

شامل:

- ۱-اسلیو معده، بای پس معده، بالن شکم
- ۲- ماموپلاستی، ژینکوماستی
- ۳-انواع ترمیم پلک و گوشه داخلی چشم، بلفاروپلاستی، بلفاروپتوز، استرابیسم
- ۴-جراحی ترمیم فتق نافی یا شکمی،
- ۵-جراحی بینی از قبیل سپتوپلاستی، شکستگی بینی،
- ۶-جراحی لیزر واریس،
- ۷- رفع عیوب انکساری، لیزیک و لازک، فمتو

سایر:

- ❖ در صورت جراحی سیپتوپلاستی(انحراف بینی) ارائه اسکن قبل از عمل جراحی الزامی است.
- ❖ در صورت جراحی های فتق سونوگرافی قبل از عمل جراحی الزامی می باشد.
- ❖ در صورت جراحی انواع کورتاژ ارائه سونوگرافی قبل از عمل الزامی می باشد.
- ❖ در صورت استفاده از پروتز و اتاق عمل، اصل فاکتور پروتز ها ممهور به مهر بیمارستان، مهر اتاق عمل و مهر پزشک جراح مبنی بر استفاده وسایل در اتاق عمل الصاق اصل لیبل (نظیر استنت و بالن، پیچ و پالک و ...) و در صورت خرید پروتز توسط بیمارستان، ارائه فاکتور خرید کلی بیمارستان ممهور به مهر اتاق عمل، بیمارستان و پزشک معالج به همراه نوع وسیله و مبلغ الزامی می باشد.