نکات مهم و شیوه نامه خدمات رایج بیمه درمان تکمیلی جهت بیمه شدگان دانشگاه علوم پزشکی شاهرود-بیمه آتیه سازان حافظ

ردیف	نوع تعهد	طرح پایه	طرح نقره ای	طرح طلایی	مدارک لازم	توضیحات
۱	جبران هزینه های جراحی تخصصی و فوق تخصصی و بیماریها از جمله جراحی مغز اعصاب،نخاع و ستون فقرات،کلیه جراحی های قلب و آئزیوپلاستی قلب ، پیس میکر، MS، جراحی بینی در صورتی که در تعهد بیمه پایه و جنبه درمانی داشته باشد، انواع سرطان، گامانایف، هموفیلی، دیالیز، پیوند قرنیه ،پیوند کلیه، پیوند اعضای طبیعی بدن از جمله قلب، ریه، کبد، مفزاستخوان، جراحی مامویلاستی، بالن معده، داروهای شیمی درمانی ، داروهای پیوندی، داروهای سرطان، داروهای هموفیلی و هرگونه درمان داروهای بیماری خاص (تلقی شده توسط وزارت بهداشت و کلیه موارد مربوط به مراحل درمان)، داروهای بیماران صعب العلاج	۸۰۰،۰۰۰،۰۰۰	۱.۸۰۰،۰۰۰،۰۰۰	بدون سقف	صورتحساب + ریز پرونده + شرح حال + خلاصه پرونده در صورت استفاده از پروتز در عمل جراحی فاکتور باید از شرکتهای معتبر در سایت imed باشد تهیه و لیبل به شرح عمل الصاق گردیده باشد	* فاکتور پروتز ممهور به مهر پزشک-اتاق عمل و تجهیزات پزشکی باشد * (پس از دریافت سهم بیمه گر اول) *جهت بیماران خاص و سرطانی تشکیل پرونده و تکمیل فرم دارویی توسط پزشک الزامیست* مامویلاستی: گزارش ام آر آی و ریپورت پاتولوژی بالن معده: تائیدیه پزشک معتمد-بی ام آی بالای ۴۰ – تایید و پرداخت سهم بیمه پایه بیماران پیوندی: کارت پیوند-شرح عمل-گزارشات و مدارک و مستندات بر اساس فاکتور و نوع بیماری
۲	جبران هزینه های بستری و جراحی در بیمارستان های دولتی،خصوصی،عمومی غیر دولتی،خیریه و مراکز جراحی محدود،آنژیوگرافی قلب(عروق کرونر و سایر اعضاء بدن)،شیمی درمانی (بستری و سرپایی)، رادیوتراپی،استرابیسم(لوچی چشم)،پروتز، افتادگی پلک و انواع ترمیم پلک(در صورتی که در تعهد بیمه پایه و جنبه درمانی داشته باشد)،انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود **day care** ،ICU،CCU، اتاق ایزوله ، لیزرتراپی نه چشم، جراحی چشم شامل ویترکتومی ، دکولمان رتین ،سوختگی،جراحی فک،هزینه بستری ،لایاراسکوپی،جراحی دیسک ستون فقرات ،هزینه بستری در بخش مراقب های ویژه نظیر جهت درمان بیماری های روان پریشی، هزینه اتاق خصوصی به تشخیص پزشک متخصص مربوطه بیمه شده تبصره: اعمال جراحی **Day Care** به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی کمتر از یک روز باشد . (از محل بند۱)	۴۰۰،۰۰۰،۰۰۰	۹۰۰،۰۰۰،۰۰۰	بدون سقف	صورتحساب + ریز پرونده + شرح حال + خلاصه پرونده در صورت استفاده از پروتز در عمل جراحی فاکتور باید از شرکتهای معتبر در سایت imed باشد تهیه و لیبل به شرح عمل الصاق گردیده باشد	فاکتور پروتز ممهور به مهر پزشک-اتاق عمل و تجهیزات پزشکی باشد (پس از دریافت سهم بیمه گر اول) *سنگ شکن: جواب سونو* *هیستروسکپی: جواب سونو یا پاتولوژی* افتادگی پلک و استرابیسم: جواب پریمتری چشم-پرداخت و تائید سهم بیمه پایه و تایید بیمه گر اتاق خصوصی و ایزوله:گواهی و تایید پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر شکستگی ها و بریدگی ها و هر نوع حادثه که در تعهد بیمه گر باشد، نیاز به برگه تریاژ اورژانس و تایید شعبه می باشد(با گرافی و **CT**) هرنی : جواب سونو قبل از عمل سوختگی: تریاژ اورژانس مبنی بر علت حادثه جراحی فک: مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه ای که در زمان قرارداد و همچنین در بیمه شدگان زیر ۱۸ سال در صورت ایجاد اختلال رشد، تکلم، تغذیه و تنفس، هزینه جراحی فک مربوطه با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود .
۳	سیتوپلاستی	از بند۲	از بند۲	از بند۲	تائیدیه قبل از عمل از بیمه گر + سی تی اسکن قبل از عمل	تعهد و پرداخت توسط بیمه پایه الزامیست رینوپلاستی(زیبایی) عدم تعهد
۴	جبران هزینه نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی و داروهای مرتبط،..GIFT.IUI.ZIFTمیکرو اینجکشن و IVF	۳۰،۰۰۰،۰۰۰	۵۰،۰۰۰،۰۰۰	۱۰۰،۰۰۰،۰۰۰		تکمیل فرم +تشکیل پرونده نازایی پرداخت بیمه پایه در پرونده های نازایی الزامی می باشد.
۵	جبران هزینه انواع زایمان اعم از طبیعی و سزارین ،سقط جنین،کورتاژ تخلیه ای و ... در کلیه بیمارستان های دولتی،خصوصی،عمومی غیر دولتی،خیریه مراکز جراحی محدود تبصره : پرداخت هزینه خسارات مربوط به سزارین منوط به دریافت سهم بیمه گر اول می باشد.	۳۰،۰۰۰،۰۰۰	۵۰،۰۰۰،۰۰۰	۱۰۰،۰۰۰،۰۰۰	پرداخت هزینه زایمان سزارین مشروط به تایید و پرداخت بیمه پایه می باشد. صورتحساب+خلاصه پرونده+شرح عمل-کپی صفحه اول و دوم شناسنامه پدر	کورتاژ تخلیه ای: جواب سونو-تائیدیه پزشکی قانونی-تائیدیه بیمه گر-تعهد بیمه پایه کورتاژ تشخیصی:جواب سونو قبل و یا پاتو بعد از عمل و سایر مدارک بستری
۶	جراحی های مجاز سرپایی:جبران هزینه های جراحی و خدمات سرپایی مجاز ارائه شده در بخش دولتی، خصوصی (اعم از بیمارستان ،مطب ،درمانگاه ،کلینیک ویژه ،مراکز جراحی محدود) مانند: شکستگی، در رفتگی،گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیزیون لیپیوم، بیوپسی، تخلیه کیست، لیزر درمانی، کشیدن پین سرپایی، سلول درمانی ،اوزون تراپی	۳۰،۰۰۰،۰۰۰	۵۰،۰۰۰،۰۰۰	۱۰۰،۰۰۰،۰۰۰		شکستگی ها و بریدگی ها و هر نوع حادثه که در تعهد بیمه گر باشد، نیاز به برگه تریاژ اورژانس و تایید شعبه می باشد(با گرافی و **CT**) جراحی های مجاز در مطب با ذکر عضو بیماری و جزئیات انجام کار در نمونه برداری ها، گزارش پاتولوژی ضمیمه شود جهت خدمات مجاز سرپایی:اصل فاکتور-گواهی پزشک مبنی برحادثه-فاکتور لوازم گچ گیری به همراه دستور پزشک جهت خدمت مجاز سرپایی:ارائه کلیشه رادیولوژی جهت تایید شکستگی توسط پزشک هرگونه جراحی ناحیه صورت غیرقابل پرداخت مگر با ارائه پاتولوژی مبنی بر بدخیمی جهت جراحی های سرپایی، در صورت لزوم تایید پزشک معتمد الزامیست
۷	جبران هزینه های دندانپزشکی و جراحی لثه، هزینه های ارتودنسی و انواع پروتز ثابت و متحرک-کشیدن، روت کانال، پروتز، پیوند لثه، جراحی دندان، پلاک فضا نگهدارنده ، پالیوتومی، فیشرسیلنت، عصب کشی، پیوند استخوان، تزریق پودر استخوان و دندان مصنوعی (تایید پزشک معتمد در صورت لزوم)--، ایمپلنت ارائه پوز بانکی در کلیه خدمات دندانپزشکی و مراکز درمانی غیر طرف قرارداد الزامیست	۲۵،۰۰۰،۰۰۰	۸۰،۰۰۰،۰۰۰	۱۲۰،۰۰۰،۰۰۰	ترمیم و عصب کشی== عکس قبل و بعد در بازه زمانی قرارداد + فاکتور با سربرگ پزشک(در صورت لزوم تایید پزشک معتمد) بارائه پوز بانکی دست دندان مصنوعی: عکس قبل و فوتوگرافی بعد +فاکتور با تایید پزشک معتمد بارائه پوز بانکی ارتودنسی = عکس قبل و فوتوگرافی بعد + فاکتور با سربرگ پزشک-تایید پزشک معتمد بارائه پوز بانکی انجام کار توسط متخصص ارتودانسی الزامیست	تبصره۱: پرداخت هزینه های مربوط به خسارات دندانپزشکی به استثناء هزینه کشیدن و یاتسمان و جرم گیری ، در سایر موارد بیمه شده می بایست به همراه فاکتور مربوطه ، عکس(**OPG**) قبل و بعد ازانجام کار که در بازه زمانی قرارداد بوده را پیوست مدارک نماید. تبصره ۲ : پرداخت هزینه ارتودنسی منوط به این می باشد که جنبه درمانی داشته و توسط پزشک متخصص مربوطه انجام شده و به همراه فاکتور، عکس قبل و بعد انجام کار به همراه قبض پوز بانکی پرداخت شده توسط بیمه شده در دوره قرارداد ضمیمه گردد و به تائید پزشک معتمد برسد. ضمنا حتما شروع کار از ۱۴۰۴/۶/۱ به بعد باشد. تبصره ۳ :پرداخت هزینه دست دندان مصنوعی منوط به این می باشد که همراه فاکتور مربوطه عکس قبل وبعد انجام کار توسط بیمه شده در دوره قرارداد ضمیمه و ارائه گردد و به تائید پزشک معتمد برسد. ضمنا حتما شروع کار از ۱۴۰۴/۶/۱ به بعد باشد. **ضوابط و مدارک مورد نیاز بر اساس ابلاغیه سندیکای بیمه گران ایران ایمپلنت == عکس قبل و بعد + لیبل + فاکتور با سربرگ پزشک-تایید پزشک معتمد بارائه پوز بانکی
۸	جبران هزینه ویزیت پزشک عمومی و تخصصی و فوق تخصص، روانپزشک و ویزیت هرگونه خدمات مرتبط با امور پزشکی و کلیه کارشناسان پروانه دار. هزینه انواع داروهای تجویز شده توسط پزشک عمومی، متخصص، فوق تخصص و کلیه کارشناسان پروانه دار (آزاد و بیمه ای) اعم از داروهای ایرانی، داروهای خارجی(بدون در نظر گرفتن قیمت مشابه داروی داخلی)، گیاهی و مکمل ها(با تجویز پزشک متخصص مربوطه) و تقویتی(با تجویز پزشک متخصص مربوطه) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری	۲۰،۰۰۰،۰۰۰	۶۰،۰۰۰،۰۰۰	۱۰۰،۰۰۰،۰۰۰	دستور پزشک بصورت الکترونیک و یا سرنسخه+ فاکتور یا پرفراژ داروخانه (ممهور شده) دستور پزشک متخصص پوست بصورت الکترونیک و یا سرنسخه + فاکتور یا پرفراژ داروخانه (ممهور شده) جهت فاکتور های بالای ۲۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال، ارائه مستندات بیماری و تکمیل فرم برهزینه الزامیست	*داروهای مکمل و ویتامینه توسط متخصص مربوطه-به همراه ارائه مستندات بیماری* *داروی بیماریهای خاص و نیز هورمون رشد تکمیل فرم و تشکیل پرونده،در صورت لزوم تایید پزشک معتمد)* *داروی پوست: به استثناء موارد زیبایی -گواهی علت تجویز در صورتی که جنبه درمانی داشته باشد-* *مستندات بیماری، تایید پزشک معتمد* *لوازم آرایشی و بهداشتی در تعهد نمی باشد*
۹	جبران هزینه های مربوط به خرید عینک طبی،شیشه عینک،لنز طبی(با تجویز پزشک متخصص یا اپتومتریست) با ارائه پرینت کامپیوتری اپتومتری به همراه مهر و مشخصات بیمار و **الصاق قبض پوز بانکی**خرید عینک و یا لنز تماسی (تایید پزشک معتمد در صورت لزوم)	—	۲۵،۰۰۰،۰۰۰	۴۰،۰۰۰،۰۰۰	در صورت مراجعه به اپتومتر ،نسخه فاکتور + پرینت کامپیوتری دارای مشخصات بیمار * پزشک متخصص نسخه + فاکتور پوز بانکی	پرینت کامپیوتری چشم دارای مشخصات بیمار و مهر و امضای پزشک معالج+پوز بانکی باشد
۱۰	جبران هزینه های لیزیک و لازک دو چشم و هزینه رفع عیوب انکساری در مواردی مثل نزدیک بینی، دوربینی ، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳دیوپتر یا بیشتر و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع آن	۳۰،۰۰۰،۰۰۰	۸۰،۰۰۰،۰۰۰	۱۲۰،۰۰۰،۰۰۰	تائید قبل از عمل + مدارک کامل بیمارستانی	پرینت کامپیوتری نمره چشم بالای ۳دیوپتر (دارای مشخصات بیمار و مهر و امضای پزشک معالج)
۱۱	جبران هزینه خرید اورتوز مانند واکر، کفش طبی، کفی طبی، کمربند طبی، گردن بند طبی،ساق بند طبی، مچ بند طبی، دست و یا مصنوعی، جوراب واریس، بریس و سایر تجهیزات توانبخشی مورد نیاز بیمه شدگان تبصره ۱: پرداخت اروتز شامل کمربند طبی ساختنی بلافاصله پس از عمل جراحی قابل پرداخت است و در بقیه موارد پرداخت اروتز مانند جوراب واریس ، زانو بند ، و... با ارائه مستندات بیماری قابل پرداخت است تبصره ۲: جهت پرداخت هزینه های اورتز گواهی پزشک متخصص مربوطه و عکس و یا اسکن مربوط به بیماری الزامی است.	—	۲۰،۰۰۰،۰۰۰	۴۰،۰۰۰،۰۰۰	پس از عمل جراحی	تبصره ۱: پرداخت اروتز شامل کمربند طبی ساختنی بلافاصله پس از عمل جراحی قابل پرداخت است و در بقیه موارد پرداخت اروتز مانند جوراب واریس ، زانو بند ، و... با ارائه مستندات بیماری قابل پرداخت است تبصره ۲: جهت پرداخت هزینه های اورتز گواهی پزشک متخصص مربوطه و عکس و یا اسکن مربوط به بیماری الزامی است.
۱۲	تامین هزینه های پاراکلینیکی: گروه اول شامل: انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی سرپایی عروق محیطی و چشم، انواع سونوگرافی(هزینه سونوگرافی در مطب و سونوگرافی سه بعدی)، ماموگرافی، انواع اسکن، MRI ، پزشکی هسته ای(شامل اسکن هسته ای و درمان ایزوتوپ)دانسیتومتری(سنجش تراکم استخوان). گروه دوم شامل: انواع آندوسکوپی، ERCP ،خدمات تشخیصی قلبی عروقی شامل نوار قلب، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، تیلت تست،خدمات تشخیص تنفسی مانند اسپیرومتری PFTو ...) خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی EMG،NCVو الکتروانسفالوگرافی EEG، ،خدمات تشخیصی یورودینامیک(نوار مثانه)، آنژیوگرافی چشم و خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم(اپتومتری،بربمتری، بیومتری، پاکیمتری، پنتاکم و...) خدمات تشخیصی گوش(مانند تمپانومتری،انواع ادیومتری و ...)، MRCP. گروه سوم شامل: کلیه هزینه های خدمات آزمایشگاهی،پاتولوژی، تستهای آلرژیک، ژنتیک پزشکی (به استثنای غربالگری ژنتیک والدین) گروه چهارم شامل: کلیه هزینه های مربوط به آزمایشات غربالگری جنینی و تشخیص و درمان ناهنجاریهای جنینی شامل: اکوی قلب جنین، مارکرهای جنینی و کلیه آزمایشات ژنتیک جنین گروه پنجم شامل: کلیه هزینه های مربوط به فیزیوتراپی(PT)،گفتاردرمانی(ST) ،کاردرمانی(OT)	۸۰،۰۰۰،۰۰۰	۱۸۰،۰۰۰،۰۰۰	۲۲۰،۰۰۰،۰۰۰	جهت پاراکلینیک: دستور پزشک + فاکتور + کپی جواب (سونوگرافی -ام ار ای و....) جهت آزمایش:دستور پزشک بصورت الکترونیک+ فاکتور آزمایشگاه + تصویر جواب جهت کاردرمانی و گفتار درمانی:سخه پزشک متخصص بصورت الکترونیک + فاکتور به تفکیک تاریخ در پشت برگه-گواهی پزشک در خصوص نوع بیماری و علت تجویز و مشکل بیمار	فیزیوتراپی: کاردکس جلسات با مهر و امضا و تاریخ +فاکتور-دستور پزشک جه فیزیو ۱۰جلسه دو اندام در ماه قابل پرداخت میباشد محاسبه و پرداخت فیزیوتراپی، لیزر و مگنت بر اساس گاید لاین وزارت بهداشت جهت کاردرمانی و گفتار درمانی:گواهی متخص مغزو اعصاب -ارتوید-اطفال -گوش و حلق وبینی ۱۰جلسه در ماه (تشکیل کاردکس مربوطه در شعبه)
۱۳	جبران هزینه های آمبولانس بر اساس آخرین نرخهای مصوب ابلاغی از سوی وزارت بهداشت: الف) هزینه آمبولانس داخل شهر در فوریتهای پزشکی مشروط به بستری شدن در کلیه بیمارستانهای دولتی، خصوصی،خیریه و مراکز جراحی محدود و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک ب) هزینه آمبولانس خارج شهر در فوریتهای پزشکی مشروط به بستری شدن در کلیه بیمارستانهای دولتی، خصوصی،خیریه و مراکز جراحی محدود و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک	۲۰،۰۰۰،۰۰۰	۴۰،۰۰۰،۰۰۰	۶۰،۰۰۰،۰۰۰		مستندات اعزام از مبدا به بیمارستان- فاکتور مرکز
۱۴	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن	۵۰،۰۰۰،۰۰۰	۱۵۰،۰۰۰،۰۰۰	۳۰۰،۰۰۰،۰۰۰	نامه و تائید انجمن پیوند+توافقنامه اهدا دهنده و گیرنده عضو-سهم پرداختی انجمن +فاکتور+پرداخت سهم بیمه	
	حق سرانه ماهیانه هر نفر	۵.۵۰۰،۰۰۰	۱۰.۷۰۰،۰۰۰	۱۵،۰۰۰،۰۰۰		

پرداخت کلیه هزینه های درمانی پس از کسر فرانشیز و یا سهم بیمه گر اول و اعمال تعرفه های وزارت بهداشت و درمان کشور می باشد
.در صورت عدم مراجعه بیمه شده به مراکز درمانی طرف قرارداد شرکت آتیه سازان حافظ، می بایست اسناد بر اساس شیوه نامه فوق تهیه و تحویل شرکت گردد

سایت آتیه سازان حافظ: www.atiyehsazan.ir
سامانه بیمه آتیه سازان حافظ: www.rasatpa.ir

شماره تلفن همکاران شرکت آتیه سازان حافظ جهت هرگونه سوال و راهنمایی های لازم جهت اسناد درمانی با کارشناسان اسناد پزشکی : ۴-۳۳۳۶۳۰۰۱ داخلی۱۱۳
آقای همتی: تلفن ۳۳۳۴۵۵۰۱ و یا تلفن: ۰۹۱۰۲۲۴۰۸۱۱