



راهنمای جامع پاراکلینیکی

نسخه ۱۴۰۱

بر اساس آیین نامه ۹۹ و

به روز رسانی فناوران

سر فصل مطالب

- تعریف هزینه های پاراکلینیکی و سرپایی ۶
- دسته بندی هزینه های پاراکلینیکی ۶
- اعمال جراحی غیر مجاز در مطب ۷
- مدارک مورد نیاز جهت بررسی و پرداخت پرونده های پاراکلینیکی ۸
- نکات پایه در بررسی خسارات ۱۰
- تعاریف و نحوه محاسبه خسارات پاراکلینیکی ۱۲

نکات گروه اول

- انواع رادیوگرافی ۱۴
- آنژیوگرافی عروق محیطی ۱۵
- آنژیوگرافی چشم ۱۵
- انواع سونوگرافی ۱۵
- ماموگرافی ۱۷
- انواع سی تی اسکن ۱۷
- انواع ام آر آی یا MRI ۱۷
- دانسیتومتری یا سنجش تراکم استخوان ۱۷
- پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ) ۱۷

نکات گروه دوم

- انواع آندوسکوپی ۱۸
- خدمات تشخیصی قلبی و عروقی : ۱۸
- نوار قلب یا الکتروکاردیوگرام یا ECG یا الکتروکاردیوگرافی یا EKG ۱۸
- انواع اکوکاردیوگرافی ۱۸
- انواع هولتر مانیتورینگ ۱۹
- تست ورزش ۱۹
- آنالیز پیس میکر ۱۹
- EECF ۱۹
- تست تیلت ۱۹
- تست تنفسی یا اسپیرومتری ۱۹
- نوار عصب یا NCV و نوار عضله یا EMG ۲۰
- نوار مغز یا الکتروانسفالوگرافی یا EEG ۲۰
- یورودینامیک ۲۰
- خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم (شامل بینایی سنجی یا اپتومتری، پریمتری، بیومتری، پنتاکم) ۲۰
- شنوایی سنجی یا ادیومتری یا ادیولوژی ۲۰

نکات خدمات آزمایشگاهی

- آزمایش های تشخیص پزشکی و نحوه محاسبه ۲۱
- پاتولوژی ۲۲
- ژنتیک پزشکی ۲۲
- تست های آلرژی ۲۳

نکات تست های غربالگری جنین

- مارکرهای جنینی، آزمایشات ژنتیک جنین، سونوگرافی های غربالگری جنین ۲۳

- خلاصه اهم دستور العمل وزارت بهداشت و درمان در خصوص بررسی های غربالگری ۲۴

نکات فیزیوتراپی یا PT، گفتار درمانی یا ST، کار درمانی یا OT

- فیزیوتراپی ۲۵
- کار درمانی، گفتار درمانی ۲۶

نکات ویزیت، دارو و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری

- ویزیت ۲۷
- دارو ۲۹
- خدمات اورژانس غیر بستری ۳۱

نکات خدمات دندان پزشکی

- مدارک مورد نیاز ۳۲
- مباحث آموزشی و کارشناسی ۳۳
- ایمپلنت ۳۶
- ارتودنسی ۳۷
- ریز اعمال دندان پزشکی بر مبنای گروه درمانی ۳۷

نکات عینک طبی و لنز تماس طبی

- نکات سمعک ۳۹

نکات جراحی های مجاز سرپایی

- شکستگی، دررفتگی، جالاندازی و گچ گیری ۳۹
- ختنه ۴۰
- بخیه ۴۰
- کرایوتراپی و کوتریزاسیون یا کوتر ۴۰
- تخلیه کیست و اکسزیون لیپوم ۴۰
- بیوپسی یا نمونه برداری ۴۰
- لیزر درمانی ۴۱
- شست و شو یا ساکشن ۴۱
- تزریقات تخصصی ۴۱
- سایر جراحی های مجاز سرپایی ۴۲

نکات اورتز

- اورتز ۴۲
- پروتز ۴۲
- لوازم ارتوپدی ۴۳

نکات سایر درمان های مستقل (الحاقی)

- بیماری های خاص ۴۳
- بیماری های صعب العلاج ۴۳
- تزریقات و سرم ۴۴
- پانسمان ۴۴
- مشاوره و روان درمانی ۴۴
- پایش قند خون ۴۵

- اکسیژن تراپی اولیه و ساده ۴۵
- دستگاه کمک تنفسی پیشرفته ۴۵
- کیسه کولستومی و یورستومی ۴۵
- کاپروپراکتیک ۴۵
- طب سوزنی ۴۵
- تشک موج ۴۵
- حجامت ۴۵
- فصد خون ۴۵
- واکسن ۴۵
- اوزن تراپی ۴۶
- تحریک مغناطیسی مغز یا RTMS ۴۶
- هزینه های درمانی فرزندان معلول ۴۶
- تست روان شناسی و روان شناختی ۴۶
- داروی هورمون رشد (مشروط به آزاد بودن خسارت) ۴۶
- خدمات در منزل ۴۶
- پرستاری در منزل ۴۶
- نوروفیدبک و بیوفیدبک یا فیزیوتراپی کف لگن ۴۶
- سایر خدمات مشابه ۴۶
- چکاپ ۴۶
- تست تعادلی یا Fall Test ۴۶
- رینومانومتري یا تست فشار هوای مجاری تنفسی ۴۶
- تست شیرمر ۴۶
- تست خواب ۴۶

نکات مربوط به پرداخت هزینه های درمان سرطان

- شیمی درمانی ۴۷
- رادیوتراپی ۴۸
- نکات قراردادهای بدون اعمال تعرفه یا بدون همترازی ۴۸
- مراحل ثبت در سیستم فناوران جهت خسارات پاراکلینیکی ۴۹
- کلمات انگلیسی پر کاربرد در دستورهای پزشکی ۵۱
- نامه اتوماسیون جهت افزایش تعرفه برخی از آزمایشات ژنتیک و غربالگری ۵۱
- دستور العمل وزارت بهداشت جهت اوتیسم ۵۲

*** تعریف هزینه های پاراکلینیکی و سرپایی

دو عبارت پاراکلینیکی و سرپایی در بسیاری از موارد مترادف فرض می شوند، اما در واقعیت تفاوت داشته و بایستی با دقت نظر به کار روند.

پاراکلینیکی: شامل اقدامات تشخیصی و در برخی موارد درمان انجام شده در بخش های آزمایشگاهی و خدمات پرتوپزشکی می باشد. به عبارتی کدهای ۷ و ۸ و ۹ کتاب ارزش نسبی و همچنین ماده ۳ آیین نامه ۹۹ بیمه مرکزی می باشند.

سرپایی: یکی از بندهای آیین نامه ۹۹ بیمه مرکزی که در واقع همان اعمال مجاز سرپایی می باشد. به عبارتی هزینه های تشخیصی و درمانی که کمتر از ۶ ساعت و به صورت سرپایی در بیمارستان، مراکز درمانی، درمانگاه یا مطب پزشک انجام می شوند را گویند. (متفاوت از اقدامات پاراکلینیکی می باشد)

اگرچه مرز بندی در اقدامات پاراکلینیکی در آیین نامه و کتاب ارزش نسبی مطابقت ندارد، این تعاریف از این نظر حائز اهمیت می باشد که به ریز اقدامات قید شده در آیین نامه دقت کامل داشته باشیم تا از بروز خطا و ثبت هزینه های متفرقه در این بند جلوگیری شود.

- اعمال جراحی چشم مانند لیزیک و لازک و تزریق آواستین، سنگ شکن و درمان های نازایی با وجود انجام عمل در کمتر از ۶ ساعت در گروه هزینه های پاراکلینیکی قرار نمی گیرند و از سقف تعهدات بیمارستانی محاسبه و پرداخت می گردند.
- تمامی درمان های نازایی (اعمال جراحی و دارو) به صورت روتین از تعهدات بستری پرداخت می گردد. تنها در صورتی که با مجوز کتبی مدیریت درمان و اداره کنترل در شرایط خصوصی قرارداد سقف تعهد پاراکلینیکی تعریف شود، امکان ثبت خسارت در پاراکلینیکی می باشد.
- جراحی حلزون گوش از سقف تعهدات بستری قابل پرداخت می باشد. انجام جراحی در سنین بالا بایستی به تایید پزشک معتمد برسد.
- در اعمال انجام شده در بیمارستان با بیهوشی بیش از ۲ ساعت یا بیهوشی جنرال و شارژ تخت، بایستی پزشک معتمد در خصوص سقف بستری یا پاراکلینیکی اظهار نظر نماید.

*** دسته بندی هزینه های پاراکلینیکی

طبق آیین نامه ۹۹ بیمه مرکزی و شرایط عمومی بیمه نامه های درمان، پوشش های پاراکلینیکی عبارتند از :

گروه اول:

انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، انواع سونوگرافی، ماموگرافی، انواع سی تی اسکن، انواع ام آر آی یا MRI، دانسیتومتری یا سنجش تراکم استخوان، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)

گروه دوم:

انواع آندوسکوپی، خدمات قلبی و عروقی (شامل انواع الکتروکاردیوگرافی یا EKG، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECF، تیلت تست)، خدمات تشخیصی تنفسی شامل تست تنفسی یا اسپیرومتری و PFT، نوار عضله یا EMG و نوار عصب یا NCV، نوار مغز یا الکتروانسفالوگرافی یا EEG، یورودینامیک یا نوار مثانه یا سیستومتری یا سیستوگرام، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم (شامل بینایی سنجی یا اپتومتری، پریمتری، بیومتری، پنتاکم)، شنوایی سنجی یا انواع ادیومتری

خدمات آزمایشگاهی:

آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک

تست های غربالگری جنین:

مارکرهای جنینی، آزمایشات ژنتیک جنین و سونوگرافی های غربالگری جنین

فیزیوتراپی یا PT، گفتار درمانی یا ST، کار درمانی یا OT

ویزیت، دارو، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری

خدمات دندان پزشکی:

هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به دندان پزشکی (کشیدن دندان یا بدون جراحی، جرمگیری و بروساژ، ایمپلنت، ارتودنسی، درمان ریشه یا اندو، ترمیم، پروتز ثابت و متحرک، جراحی های مرتبط با دندان پزشکی)، جراحی لثه

عینک طبی و لنز تماس طبی

سمعک

جراحی های مجاز سرپایی :

شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، بیوپسی، اکسزیون لیپوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی. لیست اعمال غیر مجاز در مطب طبق مصوبات وزارت بهداشت در ادامه اعلام می گردد.

اورتز

سایر درمان های سرپایی مستقل (الحاقی)

نکته

علاوه بر درمان های گروه اول، گروه دوم و اعمال مجاز سرپایی سایر درمان ها بایستی به صورت الحاقی (اضافی) توسط بیمه گذار خریداری شده و جزء به جزء این موارد در شرح و متن الحاقیه قرارداد ذکر گردند. در خصوص نحوه پرداخت و سقف تعهد پوشش های مستقل الحاقی بایستی خاطر نشان نمود که شرایط هر قرارداد با توجه به توافقات صورت گرفته ممکن است متفاوت باشند (مستقل یا زیرمجموعه تعهدی دیگر باشد)

*** اعمال جراحی غیر مجاز در مطب

طی مصوبه ۵۵ امین جلسه شورای عالی نظام پزشکی مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۵ عبارتند از :

- القای بیهوشی عمومی یا بیحسی نخاعی (به استثنای آرامبخشی تزریقی در موارد مجاز)
- انجام الکتروشوک درمانی (ECT)
- اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی و صفاق الزامی باشد (من جمله انواع فتق ها)
- هر عملی که برای انجام آن نیاز به بریدن یا ترمیم فاسیای شکم یا لگن باشد
- هرگونه اعمال جراحی باز روی استخوانهای بدن به جز "دبریدمان استخوان" و "خارج کردن پین" و "خارج کردن اکسترنال فیکساتور" و "جراحیهای مجاز بر روی استخوان های فکین از طریق برش های مخاطی"
- جراحیهای ترمیم عروق بزرگ، جراحی های ترمیم اعصاب بزرگ، جراحی های ترمیم کلیه تاندون ها (به جز تاندون های اکستانسور پشت دست Hand و روی پا Foot)
- جراحی سندرم تونل کارپال
- وارد کردن و خارج کردن هر نوع پروتز (منجمله پروتز سینه) در هر جای بدن
- تخلیه بافت چربی زیر جلدی در هر نقطه ای از بدن و با هر تجهیزات اعم از ساکشن، لیزر، ویزر، اولتراسوند و PAL به جز برداشتن چربی در حجم زیر ۱۰۰ سی سی توسط سرنگ جهت استفاده به عنوان فیلر
- ابدومینوپلاستی، براکیوپلاستی، ماموپلاستی
- تزریق چربی به هر شکلی در ناحیه سרینی و سینه
- اعمال جراحی عیوب انکساری با هر روشی منجمله لیزر
- کلیه اعمال جراحی بر روی کره چشم منجمله کراس لینک (به استثنای تزریق هوا در اطاق قدامی، تپ اطاق قدامی، برداشتن اجسام خارجی سطحی و ناخنک)
- اعمال جراحی روی پلک که نیازمند برش و دسترسی از طریق ملتحمه باشد (به استثنای شالازیون)
- هر عملی در ناحیه گردن که برای انجام آن نفوذ به زیر پلاتیسم لازم باشد
- بیوپسی ترنس رکتال پروستات، کلیه، انساج داخل تراشه، برونش ها، روده ها، مثانه، کبد، و طحال
- اعمال جراحی وسیع گوش خارجی شامل لاله و کانال گوش میانی و گوش داخلی
- جراحی پرینورافی
- تزریق هرگونه فرآورده خونی تهیه شده در بانک خون
- ترمیم جراحی رکتوسل و سیستوسل
- هر نوع زایمان
- هر نوع سقط جنین
- اعمال جراحی که مستلزم باز کردن قفسه صدری است
- برونکوسکوپی، لارنگوسکوپی مستقیم، لاپاراسکوپی و هیستروسکوپی (به استثنای آفیس هیستروسکوپی)
- کلیه اعمال جراحی روی استخوان های فک و صورت که نیازمند انسزیون های پوستی باشد

- اعمال جراحی روی غدد بزاقی که نیازمند انسزیون های پوستی است
- جراحی روی سپتوم بینی و توربینیت ها
- هر نوع راینوپلاستی یا سپتوپلاستی به جز اصلاحات جزئی پس از جراحی اصلی صرفاً بر روی بافت نرم Alae Nasi
- اعمال جراحی روی سینوسهای پارانازال که نیاز به دسترسی از طریق پوست یا بینی یا انسزیونهای خارج دهانی دارد
- ترمیم اولیه شکاف لب و کام
- اعمال جراحی رزکسیون فکی که یکپارچگی فک را از بین می برد
- رزکسیون و بیوپسی ضایعات عروقی
- هر نوع رزکسیون زبان
- فلپ های پوستی بیش از ۵ در ۵ سانتی متر و کلیه فلیپهای عضلانی ناحیه صورت
- برداشت ضایعات خطی و اسکار و جراحی های سطحی ناحیه صورت که نیازمند برش بیشتر از ۵ سانتی متر باشد
- جراحی های شکستگی فکین و صورت که جهت جا اندازی یا فیکساسیون نیازمند دسترسی باز باشد
- اعمال جراحی و تخریب ضایعات وسیع که باعث درگیری اندام مجاور دهان می شود و درمان آن نیاز به جراحی ترکیبی در فضاهای مجاور دارد
- اعمال جراحی بازسازی استخوان های فک و صورت که نیازمند تهیه گرافت از منابع خارج دهانی است
- انواع استئوتومی لغورت اعم از توتال یا سگمنتال که Base فک بالا را در بر می گیرد
- انواع استئوتومی های فک تحتانی جهت اعمال ارتوگناتیک
- اعمال جراحی های ناحیه TMJ و کندیل که نیازمند دسترسی باز داخل یا خارج دهانی باشد اعم از آرتروپلاستی باز، کندیلکتومی
- انجام جراحی در ناحیه پوست صورت که نیازمند برش فاسیای سطحی (SMAS) باشد
- انجام لیفت ابرو به روش غیرمستقیم که نیازمند Dissection باشد
- ترمیم پارگی و laceration های صورت که نیاز به بررسی عملکرد مجاری غدد بزاقی یا ترمیم اعصاب یا عروق دارد
- نصب دیستراکتور خارج دهانی
- برداشت اتوگرافت از منابع داخل دهانی به میزان حجم بالای ۳ میلی لیتر

*** مدارک مورد نیاز جهت بررسی و پرداخت پرونده های پاراکلینیکی

هر یک از موارد ذیل با توجه به شرایط و توافقات قرارداد با بیمه گذار (طبق الحاقیه ای که به تایید اداره صدور رسیده باشد) قابل حذف میباشد. لازم است در زمان ثبت خسارت یک رونوشت از مجوز یا الحاقیه اخذ شده در پرونده موجود باشد.

۱. نامه بیمه گذار (جهت کنترل همکاری بیمه شده با بیمه گذار در زمان انجام هزینه)

- نامه بیمه گذار بایستی همواره دارای شماره و تاریخ روز باشد.
- بهتر است در نامه های ارسالی (بیمه گذار یا نمایندگی) شماره کامل قرارداد جاری قید گردد.
- در صورت وجود چند قرارداد برای یک بیمه گذار شماره قرارداد اعلام شده در نامه حتماً با مدارک ضمیمه شده همخوانی داشته باشد.
- نامه نمایندگی به هیچ عنوان جایگزین نامه بیمه گذار نمی باشد.
- توصیه می شود هزینه های درمان به تفکیک ریزهزینه توسط بیمه گذار یا نمایندگی در فرم های اظهارنامه (تهیه شده توسط بیمه گر) لیست گردیده و به صورت مرتب به بیمه گر تحویل گردند.
- لیست اظهارنامه درمانی مههور به اصل مهر بیمه گذار نیز می تواند جایگزین نامه بیمه گذار باشد.

۲. تصویر صفحه اول دفترچه بیمه ی بیمه شده اصلی (جهت کنترل رابطه استخدامی یا اشتغال در واحد بیمه گذار)

- براساس آیین نامه بیمه مرکزی، دارا بودن بیمه گر پایه یکی از شرایط مهم اخذ پوشش بیمه تکمیلی می باشد. (مگر اینکه در قرارداد طبق توافقات صورت گرفته و ثبت الحاقیه خلاف این روند امکان پذیر باشد) لذا بایستی بیمه شدگان توسط نمایندگان یا شعب جهت استفاده از بیمه گر پایه در هزینه های درمانی خویش توجیه و ترغیب شوند.
- در صورت حذف ارایه مدارک شناسایی طی شرایط خصوصی قرارداد، بیمه گذار موظف می باشد، در موارد خاص مورد نظر بیمه گر، نسبت به ارایه مدارک شناسایی اقدام نماید.
- در خصوص اعضای موسس، هیت مدیره و مدیرعامل شرکت؛ ارایه تصویر روزنامه رسمی شرکت با قید واضح نام بیمه شدگان مذکور الزامی است.
- با توجه به حذف دفترچه های بیمه پایه، در صورت لزوم ارایه مدارک بیمه ای بنا به درخواست بیمه گر، فیش حقوقی یا قرارداد کاری معتبر و مربوط به زمان هزینه یا لیست تامین اجتماعی در زمان هزینه جایگزین دفترچه بیمه می باشند.

- در صورتی که شرکت مربوطه از شرکت های تابعه یا زیرمجموعه های بیمه گذار باشد، و همچنین نوع قرارداد کاری بیمه شده، به صورت ساعتی یا مشاور باشد ارایه الحاقیه معتبر از واحد صدور الزامی است.
- در صورت پوشش بیمه شدگان فاقد بیمه پایه، ارایه مجوز معتبر از واحد صدور الزامی است.

۳. تصویر صفحه اول دفترچه بیمار (جهت کنترل نسبت بیمه شده و واحد کارگاهی)

- با توجه به حذف دفترچه های بیمه پایه :
- نسبت های ثبت شده در سیستم فناوریان مشروط به کنترل واحد صدور در زمان عقد قرارداد، معتبر می باشند.
- در موارد خاص مورد نظر بیمه گر، ارایه مدارک لازم جهت تایید نسبت بیمار و بیمه شده اصلی الزامی است.
- ارایه تصویر صفحه مشخصات و ازدواج فرزند اناث (دختر) بالای ۱۸ سال الزامی می باشد. (جهت کنترل شرط عدم تاهل)
- اگر فرزند دختر مطلقه باشد؛ منوط به وجود اطلاعات مربوطه در تصویر شناسنامه پرداخت بلامانع میباشد.
- پرداخت خسارت به فرزند اناث شاغل (غیر تحت تکفل)، با رعایت شرط عدم ازدواج بلامانع میباشد.
- ارایه تصویر گواهی اشتغال به تحصیل مربوط به زمان انجام هزینه جهت فرزندان ذکور (پسر) بالای ۲۰ سال الزامی است (جهت کنترل شرط عدم اشتغال)
- دانشجویان ذکور تا سن ۲۵ سالگی و در رشته پزشکی تا سن ۲۶ سالگی تحت پوشش بیمه تکمیلی خواهند بود.

نکته

- الحاقیه حذف درخواست مدارک شناسایی بیمه گذار، مشمول فرزندان ذکور بالای ۲۰ سال و فرزندان اناث بالای ۱۸ سال نمی شود.
- چنانچه فرزند تحت پوشش بیمه تکمیلی مادر باشد ولی تحت تکفل پدر باشد؛ ارایه تصویر صفحه اول شناسنامه فرزند الزامی است.
- خواهر، برادر، عروس، داماد نمی توانند تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار بگیرند مگر اینکه مجوز از اداره صدور داشته باشند.

۴. اصل قبض یا فاکتور پرداختی ممهور به مهر مرکز درمانی یا پزشک معالج

- فاکتور هزینه های سربایی و پاراکلینیکی یا بدون استفاده از بیمه گراول (آزاد) می باشد، یا بابیمه (دارای سهم بیمه) خواهد بود.
- ۱- آزاد : به هزینه هایی گفته می شود که بیمه اول سهمی از آن را پرداخت نکرده و تمامی مبلغ هزینه توسط بیمار پرداخت می گردد. لذا اصل دستور پزشک معالج (برگ سبز دفترچه یا سربرگ پزشک) نزد بیمار می ماند و موظف به ارایه آن به بیمه گر می باشد.
- ۲- بیمه ایی : به هزینه هایی گفته می شود که بیمه اول سهم خود را به مرکز درمانی پرداخت کرده و در نتیجه بیمار بخشی از هزینه کل را پرداخت می نماید. لذا اصل دستور پزشک معالج نزد مرکز درمانی می ماند.
- نام و مشخصات کامل بیمار و تاریخ پرداخت به همراه سریال دفترچه بیمه (مختص نسخ الکترونیک) بایستی در قبض مشخص باشد.
- از تاریخ ۱۴۰۰/۱۰/۰۱ کلیه فاکتورهای بیمه ای مشمول نسخ الکترونیک و قوانین تابعه می باشند.
- قبض های فاقد مهر مراکز درمانی با هر مبلغی که باشد، غیرقابل قبول می باشد.
- قبض کاربندی و دست نویس مراکز درمانی دولتی تنها در صورت وجود اصل مهر مرکز درمانی قابل پرداخت خواهد بود.
- تاریخ قبض و جواب بایستی با یکدیگر هم خوانی داشته باشند.
- در صورت وجود مبلغ مانده در قبض یا مبلغ صفر در قسمت پرداختی بیمار؛ آن قبض فاقد اعتبار پرداخت می باشد. بایستی فاکتور نهایی با مبلغ دقیق پرداخت شده و ممهور ارایه گردد.
- پرفراژهای سیستم شاپرک (پوز بانکی) فاقد اعتبار پرداخت می باشند. حتی با وجود مهر مرکز یا پزشک.
- قبض های المثنی و چاپ مجدد و کپی رنگی غیر قابل پرداخت می باشند.
- قبض های کپی تنها در صورت داشتن مهرکپی برابر اصل توسط بیمه گر دیگر بیمه شده (بیمه پایه یا مکمل دیگر) قابل پذیرش میباشد. در این موارد گواهی رقم پرداختی سایر بیمه گران نیز بایستی ضمیمه باشد.
- دقت به واحد قید شده در فاکتور می تواند به کارشناس خسارت در مرتبط بودن فاکتور ارایه شده و هزینه انجام شده کمک شایانی نماید.
- علاوه بر واحد کلماتی مانند ذینفع، به نام دکتر، مراجعه به، مطب و ... نیز در فاکتورهای درمانی رویت می شوند.
- قبض های صندوق بیمارستان که فاقد ریز هزینه انجام شده اند، فاقد اعتبار پرداخت می باشند.
- در چنین مواردی بایستی فاکتور دوم شامل ریز هزینه به تفکیک نیز از بیمه شده اخذ گردد.

۵. دستور پزشک معالج (در دفترچه بیمه یا سربرگ پزشک)

- ملاک پرداخت خسارات در وهله اول دستور پزشک است.
- در نسخ الکترونیک ملاک محاسبه، آیتم های ثبت شده توسط پزشک در سیستم الکترونیک می باشد.

- با استفاده از نرم افزارهای موجود امکان چاپ نسخ الکترونیک توسط بیمار وجود دارد، لذا در موارد خاص و مورد درخواست بیمه گر، ارائه نسخه چاپ شده توسط بیمار الزامی است.
- تاریخ دستور پزشک نمی تواند پس از تاریخ جواب و قبض پرداختی باشد.
- اگر در قبض پرداختی یا جواب هزینه نام پزشک قید نشده باشد یا لفظ درخواست شخصی یا OTC قید گردیده باشد، هزینه ارسالی غیر قابل پرداخت خواهد بود.
- نام پزشک در دستور پزشک بایستی با نام پزشک در جواب هم خوانی داشته باشد.
- در هزینه های آزاد ارایه اصل دستور پزشک (سربرگ پزشک یا برگ سبز دفترچه بیمه) الزامی است.

۶. تصویر جواب یا گزارش هزینه

- نام پزشک در جواب بایستی با مشخصات پزشک معالج (در دستور و فاکتور) هم خوانی داشته باشد.
- تاریخ جواب نمی تواند قبل از تاریخ دستور پزشک و قبض پرداختی باشد.
- هزینه های تصویربرداری در سربرگ کلی بیمارستان (صرفاً نام بیمارستان باشد) یا مراکز نابوری که توسط پزشک مستقر در کلینیک صادر شده است در صورتی که فاقد مهر واحد تصویربرداری باشد غیرقابل پرداخت می باشد (مگر آن که مشمول قوانین مربوط به هزینه های در مطب گردد) در صورتی که در واحد تصویربرداری انجام شوند حتی سربرگ جواب نیز شامل لفظ "بخش تصویربرداری" می باشد.

*** نکات پایه در بررسی خسارات

- ملاک اصلی در نحوه محاسبه و پرداخت هزینه ها، شرح قرارداد و پوشش های موجود در الحاقیه است. به عبارت دیگر نکات اعلام شده در این راهنما جهت قراردادهای روتین می باشد در حالی که ممکن است هر کدام از این نکات در توافقات صورت گرفته بین بیمه گذار و بیمه گر حذف شوند یا نحوه محاسبه متفاوت تعریف شده باشد.
- هزینه های درمانی که تعرفه درمانی آن ازسوی وزارت بهداشت اعلام نگردیده یا هزینه هایی که نحوه محاسبه یا پرداخت آن نامشخص می باشد، قبل از هرگونه پرداختی بایستی با اداره خسارت مرکز هماهنگ گردد. معمولاً درمان های فاقد کد ملی تعرفه غیرقابل پرداختند.
- در صورتیکه جزییات هزینه واضح نباشد، همواره تعرفه کمتر ملاک پرداخت خواهد بود. (یک طرفه، یک گوش، بدون تزریق و ...)
- کارشناسان پرداخت خسارت در بررسی و پرداخت، بایستی استعلام های لازم در خصوص اصالت هزینه ها را به عمل آورند. بالاخص در هزینه های دندانپزشکی، فیزیوتراپی، عینک، کاردرمانی، گفتاردرمانی و سایر هزینه هایی که غالباً بدون پرینت کامپیوتری مراجع درمانی و صرفاً در سربرگ و به وسیله دست نوشته گواهی میگردد. همچنین در واحدهای پرداخت خسارت وظیفه استعلام از اصالت اسناد برعهده کارشناسان محترم بوده و این امر مهم میبایست به شکل مستمر مورد توجه و اقدام قرارگیرد.
- در صورت لزوم و صلاح دید واحد پرداخت بیمه گر، ارایه پوز بانکی یا گردش مالی معتبر از طرف بیمار الزامی بوده و بایستی این امر در ابتدای قرارداد به بیمه گذار اطلاع رسانی گردد.
- سربرگ فاکتورها و گواهی پزشکان (خصوصاً در هزینه های آزاد) همواره دارای مشخصات کامل صادر کننده سربرگ از قبیل آدرس و تلفن باشد در غیر این صورت اصالت آن حتماً بررسی گردد.
- ثبت خسارت های درمانی در سیستم فناوریان بایستی بر مبنای تعهدات قرارداد باشد. به عبارتی دیگر اولویت در زمان ثبت خسارت، انتخاب نام آیتم مربوط به هزینه انجام شده می باشد. از پرداخت خسارت تحت نام بیماری دیگر جدا خودداری گردد. هر هزینه به همان نام بایستی در سیستم ثبت گردد.
- هزینه های تخصصی که حتماً با دستور پزشک متخصص و فوق تخصص و ارایه شرح جواب قابل پرداخت است به شرح ذیل می باشد:
 - انواع آندوسکوپی، اکوکاردیوگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، نوار مغز، انواع نوارعصب و عضله، تست ورزش، تست آلرژی، هولتر مانیتورینگ، آنژیوگرافی چشم، بیوپسی های تخصصی، هزینه های غربالگری و ناهنجاری، سونوگرافی های داپلر، کرایوتراپی
 - با وجود حذف دفترچه بیمه، جهت کنترل تخصص پزشک در موارد فوق بایستی تصویر دستور پزشک ضمیمه گردد یا تخصص پزشک از سایت نظام پزشکی توسط کارشناس استعلام گردد.
 - در خسارات اورژانسی، استثنائاً با دستور پزشک عمومی یا رویت عکس (بدون ارایه شرح جواب) قابل پرداخت خواهند بود.
 - ارایه سی دی به هیچ عنوان مورد قبول نمی باشد.
- خسارات غیرقابل پرداخت عبارتند از: کلیه هزینه های مربوط به استخدام یا طب کار، گواهینامه، ازدواج، حوادث ترافیکی (تصادف) و نزاع و درگیری، دستگاه ساکشن و فشارخون.
- مدارکی که جهت اصلاح یا تاییدیه برای بیمه شده عودت شده اند، پس از برگشت، بایستی ممهور به مهر مجدد گردد. (جهت اطمینان از اصلاح

- فاکتور توسط مرکز مربوطه یا پزشک معالج) و همچنین علاوه بر اعلام در شرح پرونده نقص مدارک روی فاکتور نیز قید گردد.
- برگ های مدارک عودتی به بیمه گذار بایستی ممهور به مهر بیمه آسیا باشد و همچنین علاوه بر اعلام در شرح پرونده علت عودت روی فاکتور نیز قید گردد.
 - اسامی بیمه گران اول عبارتند از : تامین اجتماعی، خدمات درمانی، نیروهای مسلح، ارتش، خویش فرما، روستایی، سلامت ایرانیان
 - خویش فرما، سلامت ایرانیان و روستایی از زیرمجموعه های بیمه خدمات درمانی می باشند.
 - تامین ماما یا لیسانس ماما از انواع بیمه پایه نبوده و فقط نشان دهنده آن است که پزشک تجویز کننده دارای مدرک مامایی است.
 - مهلت ارسال هزینه در طول قرارداد، از تاریخ انجام هزینه تا تحویل به بیمه گر ۴ ماه می باشد.
 - جهت تعطیلات عید نوروز امکان افزودن ۱۵ روز به تاریخ ۴ ماه وجود دارد.
 - در صورتی که تاخیر تا ۱۰ روز بیشتر از ۴ ماه روتین باشد؛ با در نظر گرفتن استعلام خسارت بیمار و ضریب خسارت بیمه گذار می توان تصمیم گرفت هزینه پرداخت گردد یا خیر. لازم به ذکر است ضریب خسارت بالای ۸۰٪ جایی برای ارفاق ندارد.
 - مهلت ارایه مدارک ممکن است بنابر توافقات صورت گرفته افزایش یابد. لذا ارایه الحاقیه مربوط به واحد خسارت الزامی است.
 - طبق دستور ابلاغ شده در ابتدای همه گیری کرونا، یک ماه به مهلت ارایه مدارک در تمامی قراردادهای افزوده گردید. (تا زمان رفع پاندمی)
 - لازم است به اطلاع بیمه گذاران برسد مهلت رفع نقص مدارک منطبق با مهلت ارایه مدارک در قرارداد می باشد. به عنوان مثال اگر مهلت ارایه مدارک در قرارداد ۵ ماه می باشد، اگر خسارتی دارای نقص می باشد پس از اطلاع به بیمه شده، بیمار تنها ۵ ماه فرصت تکمیل مدارک دارد.
 - مهلت ارسال هزینه پس از اتمام قرارداد، ۳ ماه می باشد.
 - کنترل عدم گذشت ۴ ماه از تاریخ انجام هزینه نیز بایستی در نظر گرفته شود.
 - هزینه های مربوط به روز انتهایی قرارداد از پوشش قرارداد جاری خارج شده و بایستی در قرارداد جدید (در صورت تمدید) پرداخت گردند.
 - اگر مدت قرارداد به اتمام رسیده باشد و خسارتی ارایه گردد که تاریخ دستور پزشک مربوط به قرارداد قبل و تاریخ فاکتور مربوط به قرارداد جدید باشد؛ بایستی کنترل گردد آیا سقف تعهد مربوط به خسارت در قرارداد قبل ارسالی تکمیل گردیده است یا خیر؟
 - در صورت عدم تکمیل سقف تعهد : هزینه ارسالی بر مبنای تاریخ پرداخت قید شده در فاکتور از سقف تعهدات قرارداد جدید محاسبه و پرداخت می گردد.
 - در صورت تکمیل سقف تعهد : هزینه بایستی به همراه مدارک مربوطه جهت اخذ تصمیم به روسای شعبات ناظر ارجاع گردد.
 - کلیه هزینه های مخدوش شده و خط خوردگی، فقط در صورت تاییدیه مجدد توسط پزشک یا مرکز درمانی قابل پرداخت می باشد.
 - معمولاً مدارک مخدوش شده در سه حالت وجود دارد، که می توان با توجه به شرایط بیمه گذار بررسی نمود، عبارتند از :
 - چنانچه تاریخ هزینه مخدوش شده مربوط به سال باشد، فقط جهت هزینه های فروردین ماه قابل پذیرش می باشد. (منوط به پوشش در تاریخ اعتبار قرارداد)
 - اگر مخدوش بودن مربوط به تاریخ هزینه در قسمت ماه یا روز باشد، به شرط عدم گذشت بیش از ۴ ماه از تاریخ انجام هزینه و نیز تحت پوشش بودن بیمار در هر دو تاریخ، امکان پرداخت وجود دارد. (کنترل استعلام خسارت جهت عدم تکرار الزامی است)
 - اگر مخدوش بودن مربوط به نام بیمار باشد، در صورت وجود مدارک مثبت دیگر در پرونده، امکان پرداخت وجود دارد.
 - استعلام خسارات گذشته بیمار از طریق سایت های اینترنتی بیمه گران دیگر، در موارد خاص الزامی است. از جمله فیزیوتراپی متعدد، درمانهای دندان پزشکی طولانی مدت مانند ارتودنسی و ایمپلنت و ...
 - در صورت قید هزینه های غیربیمه ای در قبض، بایستی مبلغ مربوطه از پرداختی بیمار کسر گردد.
 - چنانچه هزینه ها در فاکتور ارایه شده وجود داشته باشد و امکان تفکیک وجود نداشته باشد، می توان پرداختی بیمار را کامل در نظر گرفت.
 - لیست غیربیمه ای ها در هر دو بخش درمان (بیمارستانی و پاراکلینیکی) به شرح زیر می باشد :
- آموزش بیمار، آویز دست، انواع کاور، انواع باتل یا Bottle یا ظرف یا سطل و دفع ضایعات، بست کمر بند، برزنت، پوشک یا دیپایر یا Diaper، پاکت، پوار نوزاد، پوشه یا فولدر یا Folder، پبیش بند، انواع پد، پک جراحی، تشکیل پرونده، حوله یا Towel، خودتراش یا شیور یا Shaver، دروشتیت یا Deroshit، دمپایی، دستمال کاغذی و رولی یا کلینکس یا Clinex، روبالشی، رسیور یا Reciver، زیر انداز یا Under Pad یا Bed Pad، سرچی فیکس، سی دی، شیت جاذب، شامپو، شلوار، شورت، صابون، ضد عفونی کننده دست، ظرف یا مژر یا Mejer، ظرف استیل ضد رنگ، عینک محافظ، فلش یا مموری یا Flash، کاغذ یا Paper یا کاغذ برش، کیسه شیر، کیف بهداشتی، کاپ دارو، کپی اسناد، کتابچه آموزش، کیسه سرما و گرما، کلیشه اضافه، گل پنبه، گان و شان جراح، گان شیردهی، گان و شان بیمار (صرفاً یک عدد قابل پرداخت است)، لیوان یا Glass، لباس، لگن، محلول فرمالین، مارکر، ملحفه، نوار بهداشتی، نبولایزر یا بخور، وسایل استریل، هزینه استریل
- هزینه آمبولانس جزء تعهدات بستری می باشد و به همراه پرونده بستری از سقف بیمارستانی پرداخت می گردد.

- اقدامات تشخیصی صورت گرفته در **روز بستری** در بیمارستان، در مجموع به عنوان هزینه بستری تلقی گردیده و از سقف هزینه های بیمارستانی به صورت متمم قابل پرداخت می باشد.
- داروهای روز ترخیص جزء هزینه های زمان بستری محسوب نمی گردد و فقط در صورت پوشش دارو در قرارداد، از سقف تعهدات پاراکلینیکی در صورت وجود دستور پزشک پرداخت می شوند.
- تصویربرداری در زمان بستری که به مراکز تصویربرداری منتقل شده اند، نیز شامل پرداخت از سقف بستری می شوند.
- اقدامات تشخیصی قبل از جراحی در صورت پوشش در قرارداد از تعهدات پاراکلینیکی پرداخت می گردد.

*** تعاریف و نحوه محاسبه خسارات پاراکلینیکی

محاسبات پرداختی براساس جدول تعرفه اعلامی از سوی وزارت بهداشت (برگرفته از کتاب ارزش نسبی) و "فرانشیز" قرارداد بیمه گذار میباشد. تعرفه مذکور از سوی اداره امور قراردادها تنظیم و به تمامی واحدها ابلاغ میگردد. در هزینه های پاراکلینیکی توجه به سربرگ فاکتورها و مشخص شدن نوع مرکز درمانی جهت استفاده از تعرفه مربوط به آن مرکز درمانی از **الزامات بسیار مهم** می باشد. به عنوان مثال اگر مرکز درمانی خیریه باشد، تعرفه وزارت بهداشت برای مراکز خیریه ملاک محاسبات خواهد بود.

نکته

تمامی تعرفه های اعلامی از سوی وزارت بهداشت که توسط اداره امور قراردادها در اختیار واحدهای پرداخت خسارت قرار می گیرد، به عنوان مبلغ آزاد در نظر گرفته می شود (اعم از اینکه اقدامات درمانی صورت گرفته در مراکز دولتی، غیر دولتی، خیریه و خصوصی باشد) و ۷۰٪ ستون تعرفه دولتی نیز به عنوان **سهم بیمه پایه** محسوب میگردد. به عبارتی دیگر ستون موجود در تعرفه تحت عنوان مراکز دولتی نیز نرخ آزاد خدمت مربوطه می باشد.

در سال ۱۴۰۰ تعرفه مراکز دولتی به دو بخش تمام وقت و غیرتمام وقت تقسیم گردیده است. ملاک محاسبات در مراکز دولتی و نیز سهم پایه در خدمات درمانی ستون دارای رقم کمتر یعنی **ستون غیر تمام وقت** می باشد.

فرانشیز

فرانشیز: سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت ارزیابی شده می باشد.

تعرفه باییمه

تعرفه باییمه: عبارتست از حاصل کسر تعرفه آزاد از سهم بیمه پایه خدمت مورد نظر. به عبارتی دیگر مبلغی است که در صورت استفاده از بیمه پایه توسط مرجع درمانی پرداخت آن به عهده بیمار گذاشته می شود.

طبق تعرفه سال ۱۴۰۰ ← تعرفه آزاد سونوگرافی داپلر حاملگی در مرکز دولتی (غیرتمام وقت) ۱,۵۷۷,۸۰۰ ریال و سهم بیمه پایه ۱,۱۰۴,۴۶۰ ریال (معادل ۷۰٪ تعرفه دولتی-غیرتمام وقت) می باشد، در نتیجه **تعرفه باییمه** سونوگرافی داپلر حاملگی در مرکز دولتی عبارتست از ۴۷۳,۳۴۰ ریال {حاصل کسر ۱,۱۰۴,۴۶۰ از ۱,۵۷۷,۸۰۰}

مراکز دولتی

عبارتند از تمامی مراکز آموزشی-پزشکی، دانشگاهی-دولتی مانند بیمارستان های دانشگاه های دولتی و شبکه های بهداشت و درمان

مراکز غیردولتی یا نهادی

عبارتند از تمامی مراکز وابسته به نهاد، سازمان، وزارت خانه و ... مانند مراکز جهاد دانشگاهی، مراکز ناباروری رویان و ابن سینای تهران (خیابان یخچال)، مراکز درمانی فرهنگیان، بیمارستان های دانشگاه های آزاد (بوعلی و امیرالمومنین تهران)

مراکز خیریه

عبارتند از مراکزی که سربرگ یا مهر آن ها ثابت کننده خیریه بودن مرکز باشد. (لفظ خیریه به وضوح رویت شود) مراکزی مانند دارالشفا در اکثر مواقع خیریه می باشند لذا استعلام از این مراکز الزامی است.

مراکز خصوصی

عبارتند از تمامی مراکزی که ویژگی سایر مراکز بیان شده را دارا نباشند (در مهر، سربرگ، مبلغ کل)

فاکتور آزاد

فاکتورهایی که در قسمت بیمه به وضوح لفظ "آزاد" در آن رویت می گردد. تمامی هزینه توسط بیمار پرداخت می گردد.

فاکتور بایمه

فاکتورهایی که در قسمت بیمه نام یکی از انواع بیمه های پایه به وضوح رویت گردد. بخشی از هزینه توسط سازمان بیمه (سهم بیمه پایه) و بخشی دیگر (معمولاً فرانشیز هزینه) توسط بیمار پرداخت می گردد.

فاکتور نامشخص

فاکتورهایی که در قسمت بیمه هیچ گزینه ای قید نمی گردد. وضعیت استفاده از بیمه پایه بیمار نامشخص است.

نکته

- در هر نوع فاکتوری اگر مبلغ پرداختی بیمار کمتر از مبلغ بایمه خدمت مورد نظر در مرکز مربوطه باشد، هزینه بدون کسر فرانشیز کامل پرداخت می گردد.
- در هر نوع فاکتوری حداقل میزان قابل پرداخت معادل با تعرفه بایمه می باشد. به این معنا که اگر پس از محاسبات، عدد بدست آمده از تعرفه بایمه کمتر باشد؛ بایستی مبلغ تعرفه بایمه بدون کسر فرانشیز به بیمار پرداخت گردد. به بیان دیگر پس از انجام محاسبات مبلغ قابل پرداخت بایستی کمتر از مبلغ تعرفه بایمه خدمت مورد نظر در مرکز مربوطه باشد.
- در مواردی که پرداختی به صورت گردشده تعرفه بایمه باشد؛ پرداختی بیمار معادل تعرفه بایمه در نظر گرفته شده و کامل پرداخت می گردد. مثال : تعرفه بایمه ۳۷۸,۸۱۹ ریال محاسبه شده و پرداختی بیمار ۳۸۰,۰۰۰ ریال است در نتیجه مبلغ قابل پرداخت عبارتست از ۳۸۰,۰۰۰ ریال بدون کسر فرانشیز

نحوه محاسبه

- ۱- نوع مرکز درمانی با توجه به سربرگ یا فاکتور ارایه شده تعیین گردد. (خصوصی، غیر دولتی، خیریه، دولتی)
 - در خصوص تعیین نوع مرکز درمانی اولویت اول با مهر و سربرگ (لوگو) مرکز می باشد. در صورتی که در مهر یا سربرگ اشاره ایی به نوع مرکز درمانی نشده باشد؛ می توان با توجه به مبلغ جمع کل هزینه در فاکتور مشخص نمود مرکز مربوطه تابع کدام دسته از مراکز می باشد. در صورت ابهام با تماس تلفنی از مرکز مربوطه نوع مرکز استعلام می گردد.
- ۲- نوع بیمه در فاکتور مشخص گردد. (آزاد، بایمه، نامشخص)
 - اگر در فاکتور به صراحت کلمه آزاد قید شده باشد، نیازی به استعلام نسخ الکترونیک نمی باشد. در این موارد همواره ارایه دستور روی سربرگ پزشک یا برگ سبز دفترچه الزامی بوده و خسارت با کسر فرانشیز قرارداد پرداخت می گردد.
 - در صورت استفاده بیمار از خدمات الکترونیک درمان، دستور پزشک در فرآیند محاسبات و ارایه مدارک حذف می گردد چراکه تمامی اعمال درمانی بیمار با کد ملی انجام پذیرفته است. لذا در قسمت هایی از محاسبات پرونده که نیازمند رویت دستور پزشک می باشد؛ کارشناسان پرداخت خسارت بایستی با استفاده از استعلام نسخ الکترونیک (تعبیه شده در سیستم فناوران) نسبت به کنترل دستور پزشک اقدام نمایند. به بیانی دیگر وجود هزینه در سیستم استعلام نسخ الکترونیک به معنای وجود دستور پزشک می باشد.
 - در حال حاضر نرم افزارهای گوناگون درمان جهت دسترسی بیمار به نسخ الکترونیک وجود دارد. در صورت نیاز واحد پرداخت به ارایه دستور پزشک، بیمه شده می تواند از گزینه چاپ نسخه پزشک در این نرم افزارها استفاده نماید.
 - تمامی نسخ ثبت شده در سیستم الکترونیک درمان به معنای پرداخت هزینه با استفاده از بیمه پایه می باشد. به عبارتی دیگر در فاکتورهای بایمه و نامشخص استعلام الکترونیک الزامی است.
 - در حال حاضر سیستم استعلام موجود در فناوران ویژه تامین اجتماعی می باشد.
- ۳- پس از مشخص شدن دو مرحله مذکور محاسبات به این شکل صورت می پذیرد :

در خسارات آزاد :

- پرداختی بیمار بیشتر از تعرفه آزاد مرکز مربوطه باشد $\Leftarrow$ کسر فرانشیز قرارداد از تعرفه آزاد مرکز مربوطه
- پرداختی بیمار کمتر از تعرفه آزاد مرکز مربوطه باشد $\Leftarrow$ کسر فرانشیز قرارداد از پرداختی بیمار
(رقم پرداختی به بیمار کمتر از تعرفه بایمه نگردد)

در خسارات بایمه :

- پرداخت تعرفه بایمه مرکز مربوطه بدون کسر فرانشیز
- (رقم پرداختی به بیمار کمتر از تعرفه بایمه نگردد)

در خسارات نامشخص :

- اگر در استعلام نسخ الکترونیک وجود داشته باشد $\Leftarrow$ همانند خسارات بایمه محاسبه و پرداخت می گردد

- اگر در استعمال نسخ الکترونیک وجود نداشته باشد $\Leftarrow$ همانند خسارات آزاد محاسبه و پرداخت می گردد
- ویزیت در درمانگاه یا بیمارستان؛ به دلیل احتمال استفاده از سیستم الکترونیک در مرکز درمانی، استعمال نسخ الکترونیک الزامی است.
- ویزیت در مطب؛ صرفاً جهت فاکتورهایی که دارای کدملی هستند، استعمال نسخ الکترونیک الزامی می باشد. در سایر موارد فاکتور آزاد تلقی شده و ملاک محاسبه تعرفه غیر الکترونیک می باشد. (بر مبنای صلاح دید کارشناس و توجه به رقم پرداختی بیمار گاهاً استعمال نسخ الکترونیک در این موارد نیز الزامی است)
- ویزیت آزاد در مطب فاقد کدملی (به جهت ایجاد رضایت بیمه گذار) دو حالت پرداخت دارد :
 - الف) همزمان هزینه الکترونیک دیگری وجود ندارد $\Leftarrow$ خسارت آزاد طبق تعرفه غیر الکترونیک و با کسر فرانشیز قرارداد پرداخت میگردد. (رقم پرداختی به بیمار کمتر از تعرفه بایمه نگردد)
 - ب) همزمان هزینه الکترونیک دیگری وجود دارد $\Leftarrow$ خسارت آزاد طبق تعرفه الکترونیک و با کسر فرانشیز قرارداد پرداخت میگردد. (رقم پرداختی به بیمار کمتر از تعرفه بایمه نگردد)

نکته مهم

نحوه محاسبه آزمایش های تشخیص پزشکی مستثناء از این روش می باشد.
توضیحات مربوط به نحوه پرداخت در سرفصل خدمات آزمایشگاهی ارایه گردید.

*** نکات گروه اول

➤ انواع رادیوگرافی

- پرداخت هزینه رادیوگرافی؛ با ارایه دستور پزشک، خوانا و ممهور به مهر پزشک بدون نیاز به ارسال اصل عکس، قابل پرداخت می باشند.
- در برخی از فاکتورهای مراکز درمانی به جای کلمه رادیوگرافی لفظ DDR استفاده می شود.
- در صورتی که ارایه گرافی نیاز باشد، باید مشخصات کامل (نام بیمار، تاریخ انجام گرافی) در آن درج شده باشد.
- چنانچه در دستور رادیوگرافی به دو ناحیه با لفظ هر دو یا Both، چپ و راست یا Left & Right اشاره شده باشد، بایستی مبلغ تعرفه دو بار لحاظ گردد. (در صورتی که آیتم تعرفه دو طرفه نباشد)
- هزینه فتوگرافی غیر قابل پرداخت می باشد.
- رادیوگرافی های مربوط به دندان مستقل از پوشش دندان پزشکی بوده و در صورت داشتن پوشش رادیوگرافی قابل پرداخت می باشند.
- اگر رادیوگرافی در فاکتور دندان پزشکی لحاظ شده باشد، بایستی تعرفه رادیوگرافی مجزا از مبالغ دندان پزشکی در نظر گرفته شده و پس از تفکیک و محاسبه از سقف رادیوگرافی پرداخت گردد.
- جهت کاهش حجم کار دندان پزشکان معتمد و نیز تسریع در پرداخت خسارات دندان پزشکی؛ رادیوگرافی های دندان که در مراکز تصویر برداری انجام می شوند طبق تعرفه تصویربرداری توسط کارشناسان واحدهای خسارت محاسبه و پرداخت گردند. (با استناد به فاکتور و دستور پزشک، اصل عکس به همراه نسخه درمان دندان پزشکی برای پزشک معتمد ارسال گردد)
- رادیوگرافی آدنوئید یا Adenoid یا لوزه سوم معادل رادیوگرافی نسوج نرم گردن یا نازوفارنکس می باشد.
- رادیوگرافی ادونتوئید از انواع رادیوگرافی های ستون فقرات می باشد.
- رادیوگرافی گوش معادل رادیوگرافی ماستوئید یک طرفه می باشد.
- رادیوگرافی مهره های گردنی معادل رادیوگرافی فقرات گردن می باشد.
- رادیوگرافی سه مفصل از فمور (استخوان ران) تا مچ معادل رادیوگرافی Alignment View می باشد.
- آیتم دو طرفه جهت تصویربرداری دو پا استفاده می گردد.
- رادیوگرافی PNS همان رادیوگرافی سینوس های قدامی (واترز یا کالدول) می باشد.
- رادیوگرافی TMJ همان رادیوگرافی مفصل تمپرومندیبولر می باشد.
- رادیوگرافی C&R یا C×R یا ریتین همان رادیوگرافی قفسه صدی می باشد.
- رادیوگرافی OPG یا پانورامیک یا تمام رخ فک همان رادیوگرافی پانورکس می باشد.
- رادیوگرافی سفالوگرام رادیوگرافی نیم رخ فک می باشد.
- رادیوگرافی KUB همان رادیوگرافی ساده شکم می باشد.
- رادیوگرافی ترانزیت مری یا Swallow همان رادیوگرافی مری با بلع ماده حاجب می باشد.
- رادیوگرافی UGI همان رادیوگرافی معده و اثنی عشر می باشد.

- رادیوگرافی Ger همان رادیوگرافی مری، معده و اثنی عشر می باشد.
- رادیوگرافی IVP همان اوروگرافی ترشحي فيلم با يا بدون PVC می باشد.
- رادیوگرافی توراسیک همان رادیوگرافی فقرات پشتی می باشد.
- رادیوگرافی RUG همان رادیوگرافی یورتروگرافی می باشد.
- رادیوگرافی RIB همان رادیوگرافی دنده می باشد.
- رادیوگرافی HSG همان رادیوگرافی هیستروسالپینگوگرافی می باشد.
- حق الزحمه تزریق رادیوگرافی هیستروسالپینگوگرافی در صورت مجزا فاکتور شدن، منوط به هم زمانی با هزینه اصلی کد تعرفه ۵۰۱۸۸۰ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- رادیوگرافی PA یا BW همان رادیوگرافی دندان هر فیلم (پری اپیکال یا بایت وینگ) می باشد.
- در صورتی که پزشک درخواست ۴ عدد رادیوگرافی بایت وینگ (چپ و راست و بالا و پایین) را نموده باشد بدون ذکر شماره دندان به صورت تکی، با توجه به دستور پزشک تعرفه رادیوگرافی سری کامل دندان ۱۰ فیلم کد تعرفه ۷۰۰۰۷۰ ملاک محاسبه و پرداخت است.
- اگر شماره دندان اعلام شده مربوط به یک واحد دندان (با شماره دندان) باشد، صرفاً تعرفه رادیوگرافی دندان هر فیلم (پری اپیکال یا بایت وینگ) اعمال می گردد.
- جهت بایت وینگ در دستور پزشک گاهی نیز به لفظ Molar و DRmolar اشاره می گردد.

➤ آنژیوگرافی عروق محیطی

- با ارایه گزارش، دستور متخصص یا بالاتر و تایید پزشک معتمد (الزامی است) تحت عنوان همین نام ثبت و پرداخت می گردد.
- تست ABI یا بررسی های فیزیولوژیک غیرتهاجمی شرایین، برای تشخیص اولیه بیماری عروق محیطی؛ در صورت ارایه گزارش کد تعرفه ۹۰۰۹۷۲ قابل پرداخت می باشد.
- بررسی سختی عروق یا ASI در صورت ارایه گزارش کد تعرفه ۹۰۰۷۳۰ قابل پرداخت می باشد.

➤ آنژیوگرافی چشم

- با ارایه گزارش، دستور متخصص یا بالاتر و تایید پزشک معتمد تحت عنوان همین نام ثبت و پرداخت می گردد.
- در صورتی که آمپول و تزریق فلورسئین همزمان با آنژیوگرافی چشم انجام شده باشد تحت همین عنوان قابل پرداخت خواهد بود.

➤ انواع سونوگرافی

- طبق مصوبه وزارت بهداشت از مورخ ۹۶/۱۱/۲۳ هزینه های سونوگرافی زنان در مطب قابل پرداخت نمی باشد.
- چنانچه بیمه شده جهت انجام سونوگرافی زنان به جای مراجعه به مرکز درمانی یا تصویربرداری نزد پزشک متخصص دیگری در مطب رفته باشد، نیز مشمول همین بخشنامه خواهد بود.
- طبق دستورالعمل اعلام شده از سوی وزارت بهداشت و شناسه نامه اتوماسیون ۲۵۶۳۶۰۵ در صورتی که پزشک معالج دارای فلوشیپ پریناتولوژی و ناباروری باشد صرفاً برای بیماران تحت درمان خویش اجازه انجام سونوگرافی های زنان در مطب را دارا بوده و هزینه از سوی بیمه گر تکمیلی قابل پرداخت است.
- بیمار تحت درمان خویش به این معنا است که پزشک تجویز کننده و انجام دهنده یکسان باشد. به بیانی دیگر نام پزشک در دستور پزشک با نام پزشک انجام دهنده در جواب سونوگرافی یکسان باشد. تجویز کلیه خدمات بارداری از سوی این پزشک صورت گرفته باشد.
- فلوشیپ لاپاراسکوپی مجاز به تجویز و انجام سونوگرافی زنان نمی باشد.
- نحوه پرداخت سونوگرافی های غربالگری یا ناهنجارهای جنین، در سرفصل تست های غربالگری جنین ارایه گردیده است. (شامل سونوگرافی آنومالی، NT و ...)
- اگر در دستور پزشک عنوان "سونوگرافی شکم و لگن" قید شده باشد؛ کد تعرفه ۷۰۱۶۲۶، جهت پرداخت در نظر گرفته می شود.
- اگر سونوگرافی بیوفیزیکیال - پروفایل همزمان با NST یا نوار قلب جنین باشد، تنها سونوگرافی بیوفیزیکیال پرداخت می شود.
- در صورتیکه حق الزحمه تزریق هیستروسونوگرافی یا HS به صورت هم زمان با هزینه اصلی و همچنین مجزا فاکتور شده باشد، کد تعرفه ۵۰۱۸۸۰ قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.
- هیستروسونوگرافی در مطب غیر قابل پرداخت می باشد.
- IOL MASTER چشم از انواع سونوگرافی بوده و تحت عنوان همین نام پرداخت می گردد.
- سونوگرافی های داپلر از انواع هزینه های تخصصی بوده و با دستور پزشک عمومی غیرقابل پرداخت است.

- در سونوگرافی های چند قلوبی؛ فقط سونوگرافی حاملگی و واژینال بارداری برای قل بعدی طبق تعرفه سونوگرافی هر قل اضافه کد ۷۰۱۷۳۵ افزوده می گردد. در خصوص سایر سونوگرافی ها از جمله آنومالی اسکن، کالر داپلر، NT-NB و سایر موارد مشابه بایستی تعرفه به ازای هر قل جداگانه محاسبه گردد، به عنوان مثال دو سونوگرافی آنومالی برای جنین های دو قلو.
- سونوگرافی سینوس های صورت معادل سونوگرافی نسج نرم هر جای بدن می باشد.
- سونوگرافی RLQ معادل سونوگرافی آپاندیس می باشد.
- سونوگرافی مری، معده و بررسی ریفلاکس یا GER معادل سونوگرافی نسج نرم هر جای بدن می باشد.
- سونوگرافی غدد سورنال معادل سونوگرافی آدرنال می باشد.
- سونوگرافی لومبوساکرال معادل سونوگرافی نسج نرم می باشد.
- سونوگرافی زیربغل یا آگزیلاری، سونوگرافی کانال اینگوئینال و سونوگرافی گردن معادل سونوگرافی نسج نرم هر جای بدن می باشد. در صورت دو طرفه بودن بایستی تعرفه دو بار در نظر گرفته شود.
- در سونوگرافی زیربغل زنان در صورت همزمانی با سونوگرافی سینه ها، آیتم تعرفه "سونوگرافی پستان به همراه فضاهای آگزیلاری" با کد ۷۰۱۵۴۵، ملاک محاسبه قرار گرفته و سونوگرافی نسج نرم به صورت مجزا قابل پرداخت نمی باشد.
- سونوگرافی داپلر پستان معادل سونوگرافی داپلر توده های نسج نرم می باشد.
- سونوگرافی کالر داپلر عروق مغزی یا سونوگرافی سر همان سونوگرافی داپلر ترانس کرانیال یا TCD یا ECD میباشد.
- سونوگرافی TCCD یا TCCS متفاوت از این سونوگرافی بوده و با کد تعرفه ۷۰۱۸۷۰ پرداخت می شود.
- سونوگرافی فتال مانیتورینگ یا OB همان سونوگرافی تعیین حاملگی (بارداری) می باشد.
- سونوگرافی TVS یا TV همان سونوگرافی به طریق ترانس واژینال می باشد.
- سونوگرافی اسکروترم کورد یا سونوگرافی تستیکول یا Testis همان سونوگرافی بیضتین می باشد.
- سونوگرافی کلیه ها و مثانه همان سونوگرافی کلیه ها و مجاری ادراری (شامل مثانه پر) می باشد.
- سونوگرافی PVR همان سونوگرافی کلیه ها و مجاری ادراری و مثانه پر و خالی می باشد.

پیرو شناسه نامه اتوماسیون ۲۴۰۷۰۱۲ در خصوص سونوگرافی های زنان به اطلاع می رساند :

- کارشناسان مامایی منحصراً در سیستم ارجاع در مراکز دولتی-بهداشتی (با لحاظ تعرفه دولتی) اجازه تجویز خدمات زیر را دارا هستند :
- سونوگرافی بارداری (حاملگی)، بررسی مالفورمسیون های جنین (آنومالی)، سونوگرافی NT، سونوگرافی IUGR
- کارشناسان مامایی در مراکز خصوصی صرفاً مجاز به تجویز دستور "سونوگرافی رحم- تخمدان و بارداری (حاملگی)" می باشند.
- پرداخت انواع سونوگرافی داپلر، به روش ترانس، ماموگرافی با تجویز کارشناسان مامایی غیر قابل پرداخت میباشد. در تمامی مراکز اعم از دولتی و خصوصی
- سونوگرافی طول سرویکس همراه با سایر سونوگرافی ها منوط به تجویز در دستور پزشک معادل سونوگرافی نسج نرم می باشد. مشروط بر آن که سونوگرافی ترانس واژینال درخواست نشده باشد.
- سونوگرافی داپلر بند ناف جنین معادل سونوگرافی کالر داپلر رحم حامله می باشد.
- در گزارش این نوع سونوگرافی بایستی PI-S/D به عدد ذکر گردد و تنها عنوان "داپلر عروق رحمی و بندناف انجام شد یا نرمال است" کفایت نمی کند. ممکن است نسبت به نام PI-L/I نیز قید گردد. شرح وضعیت شریان یا ورید بندناف نیز در جواب کفایت می کند.
- همزمان با سونوگرافی کالر داپلر رحم حامله، سونوگرافی بارداری (حاملگی) و IUGR غیر داپلر قابل اخذ و گزارش نمی باشند.
- سونوگرافی بارداری (حاملگی) با هیچ کدام از سونوگرافی های زیر قابل اخذ و گزارش نمی باشد :
- سونوگرافی NT، آنومالی (مالفورمسیون)، IUGR غیر داپلر، داپلر رحم حامله
- همزمان با سونوگرافی داپلر جفت از نظر آکرتا، سونوگرافی داپلر رحم حامله و IUGR غیر داپلر قابل اخذ و گزارش نمی باشند.
- سونوگرافی داپلر رحم حامله همزمان با سونوگرافی NT-NB و آنومالی (مالفورمسیون) قابل پرداخت است.
- فیبرو اسکن یا الاستوگرافی : جهت بررسی بافت های کبد یا پستان با روشی شبیه به سونوگرافی انجام می پذیرد.
- تنها با دستور پزشک متخصص یا بالاتر و ارائه گزارش کامل قابل پرداخت می باشد.
- به دلیل عدم تعهد بیمه گر اول، هزینه همواره آزاد بوده لذا با کسر فرانشیز و ارایه اصل دستور پزشک پرداخت می گردد.
- فیبرو اسکن ساده کبد کد تعرفه ۴۰۱۷۳۵
- فیبرو اسکن با اندازه گیری چربی کبد (CAP) کد تعرفه ۴۰۱۷۴۰
- الاستوگرافی پستان کد تعرفه ۷۰۱۵۴۶

➤ ماموگرافی

- در صورت تجویز توسط کارشناس مامایی غیر قابل پرداخت می باشد.
- ارایه گزارش هزینه الزامی است.

➤ انواع سی تی اسکن

- قید لفظ اسپیرال یا اسپکت یا دینامیک در دستور پزشک جهت پرداخت الزامی است.
- در هنگام محاسبه و ثبت در سیستم فناوران، هزینه اسپکت بایستی تحت عنوان اسکن به روش اسپکت بصورت مجزا از هزینه اصلی ثبت شود.
- هزینه بازسازی اسکن در صورت قید لفظ "سه بعدی" یا "3D" یا "بازسازی" در دستور پزشک پرداخت می گردد.
- هزینه اسکن و سی تی اسکن در یک دستور قابل پرداخت نمی باشند.
- پت اسکن یا PET-CT با ارایه گزارش و مستندات بیماری تحت عنوان انواع اسکن قابل پرداخت می باشد.
- به دلیل آن که در تعرفه پت اسکن رادیو دارو لحاظ نشده است، کد تعرفه ۷۰۵۰۹۰ به هزینه اصلی افزوده می گردد.
- اسکن آنالیز بدن غیر قابل پرداخت می باشد.
- اسکن کف پا (دو بعدی، سه بعدی) از انواع اسکن نمی باشد. توضیحات مربوط به نحوه پرداخت در سرفصل لوازم ارتوپدی ارایه گردید.
- آنومالی اسکن مربوط به جنین از انواع اسکن نمی باشد. توضیحات مربوط به نحوه محاسبه و پرداخت در سرفصل تست های غربالگری جنین ارایه گردیده است.
- جهت هزینه داروهای اسکن در سرفصل داروها توضیحات لازم ارایه گردیده است.
- سی تی آنژیوگرافی سرپایی از انواع اسکن تلقی شده و هزینه به همین نام در سیستم ثبت و پرداخت می گردند.
- A یا B اسکن چشم و UBM چشم و OCT چشم از انواع اسکن ها می باشند، و هزینه به همین نام در سیستم ثبت و پرداخت می گردند.
- اکو اسکن چشم همان A یا B اسکن چشم می باشد.
- توموگرافی دیجیتالی یا C.B.C.T همان سی تی اسکن Cone Beam هر کوادرانت کد تعرفه ۷۰۳۰۴۰ می باشد.
- پرداخت این گونه هزینه ها با ارایه اصل فاکتور معتبر و دستور پزشک بلامانع است.
- این آیتم تعرفه جهت هر نیم فک (ربع دو فک) طبق دستور پزشک معالج (فارغ از تعداد دندان) قابل پرداخت می باشد.
- به دلیل عدم پوشش توسط بیمه پایه همواره با کسر فرانشیز و ارایه اصل دستور پزشک پرداخت می گردد.
- اسکن DRNC همان اسکن رفلکس میزنا یا اسکن کلیه ها می باشد.
- در پرداخت هزینه اسکن میزنا کد تعرفه ۷۰۴۹۵۰ در صورت شارژ هزینه سونداژ توسط مرکز تصویربرداری K# ۱ به مبلغ تعرفه افزوده میشود.
- اسکن انحراف میانی حفره بینی یا اسکن شاخک بینی همان اسکن صورت و سینوس یک جهت می باشد.

➤ انواع ام آر آی یا MRI

- قید لفظ دینامیک در دستور پزشک جهت پرداخت الزامی است.
- دیفوژن یا DWI منوط به قید در دستور پزشک معادل یک کلیشه اضافه کد ۷۰۰۴۵۰ پرداخت می گردد.
- MRI کاردیاک با تایید پزشک معتمد منوط به ارایه کامل گزارش معادل یک یا چند آیتم تعرفه دولتی محاسبه و پرداخت می گردد:
- تعرفه های مربوطه کد ۷۰۴۱۴۵ و ۷۰۴۲۷۵ و ۷۰۴۲۸۰ و ۷۰۴۲۸۵ و ۷۰۴۲۹۰ می باشند.
- ملاک محاسبه K (ضریب) مراکز دولتی می باشد.
- تجویز دستور ام آر آی توسط کایروپرکتیست غیر قابل پرداخت است. (از نظر درجه پزشکی معادل پزشک عمومی می باشد)
- درخصوص داروهای ام آر آی در سرفصل مربوط به دارو توضیحات لازم ارایه گردیده است.
- MR-Enterography یا MR-N توبوگرافی معادل MRI شکم و لگن با تزریق قابل پرداخت می باشد.

➤ دانسیتومتری یا سنجش تراکم استخوان

- در صورتی که بیش از دو ناحیه انجام شده باشد، تعرفه سنجش تراکم استخوان تمام بدن کد تعرفه ۷۰۰۹۲۵ ملاک محاسبه قرار می گیرد.
- به نام خود هزینه در سیستم بایستی ثبت گردد.

➤ پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)

- تمامی اسکن های انجام شده با رادیو دارو را شامل می گردد.
- جهت پرداخت ارایه دستور پزشک متخصص و گزارش الزامی است.

*** نکات گروه دوم

➤ انواع آندوسکوپی

- شامل آندوسکوپی، کولونوسکوپی، استروبووسکوپی، ازوفاگوسکوپی، برونکوسکوپی، کولپوسکوپی، سینوسکوپی، سیستوسکوپی، لارنگوسکوپی و سیگنئیدسکوپی می باشد.
- از انواع هزینه های تخصصی بوده و ارایه شرح جواب الزامی است.
- دارو و لوازم مصرفی شارژ شده توسط مرکز درمانی، با کسر موارد غیربیمه ای (لیست کامل در سرفصل نکات پایه ارایه شده است) صرفاً یک بار قابل پرداخت می باشند. به بیانی دیگر در صورت همزمانی دو عمل (آندوسکوپی و کولونوسکوپی) تنها یکبار پرداخت می شوند.
- در مواردی که همراه با بیوپسی باشد؛ ارایه گزارش پاتولوژی مربوطه الزامی میباشد.
- هزینه پنس تنها در صورت ارایه گزارش پاتولوژی به مبلغ تعرفه اصلی افزوده شده و همواره با کسر فرانشیز پرداخت می گردد.
- چنانچه قیمت پنس بالای ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال (پانصد هزار تومان) باشد، بایستی فاکتور خرید معتبر (دارای کد اقتصادی) نیز ارایه گردد.
- محاسبه کولونوسکوپی به همراه پولیپکتومی در صورت ارایه پاتولوژی پولیپ امکان پذیر است. صرفاً با تایید پزشک معتمد محاسبه و پرداخت می گردد.
- دقت در تعداد و اندازه پولیپ ها در گزارش پاتولوژی مربوط به کولونوسکوپی با درآوردن پولیپ (پولیپکتومی)، الزامی است.
- آندوسکوپی سینوس کد تعرفه ۳۰۰۱۹۵ با ارایه گزارش تحت این عنوان قابل پرداخت می باشند.
- استروبووسکوپی تشخیصی کد تعرفه ۳۰۰۴۲۰ با ارایه عکس حنجره تحت این عنوان قابل پرداخت می باشند.
- اگر همراه با بیهوشی انجام شده باشد؛ ارایه چارت (برگه) بیهوشی یا وجود گواهی مأمور متخصص بیهوشی با قید مدت بیهوشی الزامی است.
- هزینه بی حسی (اسپری لیدوکائین ته حلق) غیر قابل پرداخت است.
- برای هر دو عمل همزمان حداکثر تا K# ۶,۲۵ محاسبه می شود. (با توجه به آخرین تغییرات کتاب ارزش های نسبی سال ۱۴۰۰)
- اگر K تایید شده توسط پزشک معتمد مربوط به جراحی باشد، در صورت تایید بیهوشی، K بیهوشی نیز جراحی محاسبه می گردد.
- کولپوسکوپی توسط متخصص زنان صورت می پذیرد. شامل دو حالت می باشد :
- بدون نمونه برداری : با ارایه گزارش پزشک کد تعرفه ۵۰۱۴۹۵ قابل پرداخت می باشد.
- با نمونه برداری : با ارایه جواب پاتولوژی کد تعرفه ۵۰۱۷۲۰ قابل پرداخت می باشد.
- در صورتی که آندوسکوپی در بیمارستان یا مراکز درمانی (کلینیک های تخصصی) انجام شده باشد و دارای ریز صورتحساب باشد، صرفاً هزینه نوار قلب به صورت جداگانه و از سقف تعهد مربوطه قابل پرداخت خواهد بود. مجموع باقی آیتیم های کارشناسی شده و قابل پرداخت تحت عنوان آندوسکوپی پرداخت می گردد.

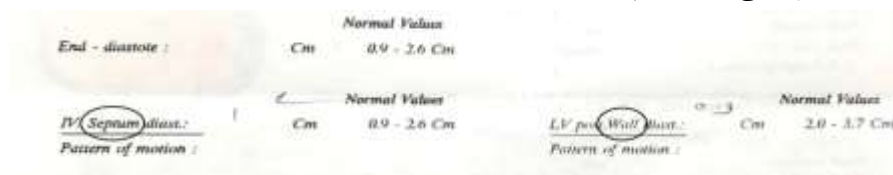
➤ نوار قلب یا الکتروکاردیوگرام یا ECG یا الکتروکاردیوگرافی یا EKG

- گزارش نوار قلب بایستی همواره شامل نام بیمار و تاریخ انجام هزینه و مهر پزشک یا مرکز درمانی باشد.
- در صورتیکه نوارقلب توسط متخصص یا فوق تخصص قلب در مطب انجام پذیرد؛ به شرط داشتن مهر پزشک، پرداخت بدون ارایه گزارش بلامانع میباشد، ولی در مراکز درمانی یا بیمارستان (تخصصی یا عمومی)؛ ارایه گزارش نوار قلب الزامی است.
- هزینه های مانیتورینگ قلبی در صورتی که از لفظ هولتر استفاده نشده باشد :
- در مطب، صرفاً یک نوار قلب ساده پرداخت می شود.
- در اورژانس، در صورت وجود گزارش هولترمانیتورینگ و در غیر این صورت معادل یک نوار قلب ساده پرداخت می گردد.
- پزشک داخلی اجازه تجویز نوار قلب را دارا می باشد، ارایه جواب در این گونه از موارد الزامی است.
- NST یا نوار قلب جنین با دستور متخصص زنان و ارایه جواب قابل پرداخت می باشد. (انجام روزانه با گواهی پزشک معالج مشکلی ندارد)

➤ انواع اکوکاردیوگرافی

- اکوی قلب جنین در قالب سونوگرافی از مادر انجام می شود. در سیستم تحت عنوان خود هزینه ثبت میگردد.
- تجویز اکوی قلب جنین توسط متخصص زنان یا متخصص قلب قابل پرداخت می باشد.
- انجام اکوی قلب جنین تنها توسط متخصص قلب یا فوق تخصص قلب کودکان قابل پرداخت می باشد.
- اکوکاردیوگرافی کامل در بیماری های مادرزادی تنها با تایید پزشک معتمد پرداخت می گردد. تحت عنوان خود هزینه ثبت می شود.
- اکو ترانس توراسیک یا TTE همان اکوکاردیوگرافی می باشد.
- TEE همان اکو از طریق مری می باشد.

- اکو 4D و 3D با کد تعرفه ۹۰۰۷۴۵ و ۹۰۰۷۵۰ و ارایه گزارش کامل قابل پرداخت می باشند.
- اکوکاردیوگرافی با کنتراست با تایید پزشک معتمد و به میزان ۷ K# اضافه بر تعرفه اصلی قابل پرداخت می باشد.
- TDI یا اکوی نسجی همان اکو تیشو داپلر می باشد.
- تیشو داپلر بررسی بافت های قلب می باشد، لذا زمانی که در جواب ارایه شده Wall یا Septum دارای عدد باشند (توسط پزشک بررسی شده باشد) نشان دهنده اکوی تیشو داپلر می باشد. آیتم های LVpd یا Ivds یا LVsw یا LVpwd



➤ انواع هولتر مانیتورینگ

- شامل هولتر قلب و هولتر فشار خون یا BP می باشد.
- در صورتی که هولتر مانیتورینگ برای ۴۸ ساعت تجویز شده باشد؛ دوبار تعرفه محاسبه می گردد. مشروط به مستند بودن زمان درمان در مدارک ارسال شده توسط بیمار.
- ارایه تمامی صفحات گزارش شامل مشخصات بیمار و مهر مرکز درمانی یا پزشک الزامی است. (جهت کنترل مدت زمان بررسی)

➤ تست ورزش

- تست فعالیت قلبی یا ETT یا EST همان تست ورزش می باشد.
- پرداخت هزینه با ارایه تنها صفحه اول گزارش منوط به داشتن مشخصات بیمار و مهر مرکز درمانی یا پزشک معالج بلامانع می باشد.

➤ آنالیز پیس میکر

- آنالیز پیس میکر همان تحلیل باطری قلب می باشد، تحت عنوان خود هزینه پرداخت می گردد.
- SAECG یا سیگنال اوربج از انواع بررسی های قلب بوده و پس از تایید پزشک معتمد کد تعرفه ۹۰۰۷۷۵ تحت عنوان آنالیز و پروگرامینگ در سیستم جامع پرداخت می گردد.

➤ EECF

- کاربرد دستگاه ضربان ساز متقابل خارجی می باشد. به ازای هر جلسه کد تعرفه ۹۰۰۹۷۰ قابل پرداخت است.
- با ارایه گواهی پزشک معالج مبنی بر علت درخواست و تعداد جلسات به تفکیک روز و ارایه پوزبانکی یا گردش حساب پرداخت می گردد.

➤ تست تیلت

- ارزیابی عملکرد قلبی عروقی با مانیتورینگ دائم قلب و مانیتورینگ مکرر فشارخون با یا بدون مداخله دارویی می باشد.
- پس از تایید پزشک معتمد کد تعرفه ۹۰۰۹۲۵ محاسبه و تحت عنوان خود هزینه پرداخت می گردد.

➤ تست های تنفسی یا اسپیرومتری

- شامل PFT، تست متاکولین یا MCT، بادی باکس یا Body Box، ظرفیت انتشار مونواکسید کربن یا DICO، تست تنفسی اوره یا UBT یا Urea Breath Test می باشد. هر کدام در سیستم تحت عنوان خود هزینه پرداخت می گردند.
- PFT با تایید پزشک معتمد و تحت عنوان خود هزینه در سیستم پرداخت می گردد.
- پالس اکسی متری و CO و CO2 غیر قابل پرداخت می باشند.
- تست IOS از انواع تست تنفسی بوده و با کد تعرفه ۹۰۱۰۳۰ با تایید پزشک معتمد قابل پرداخت می باشد.
- اسپیرومتری ساده همان اسپیرومتری یک مرحله ای با کد تعرفه ۹۰۰۹۸۵ می باشد. در جواب فقط یک ستون دارای رقم است.
- چنانچه در جواب ارسالی، ستون PRE (قبل) و POST (بعد) هر دو عدد داشته باشند یا در جداول مربوطه (حجم-جریان VOL-FLOW یا حجم-زمان VOL-TIME) دو نمودار رویت گردد، تعرفه اسپیرومتری دو مرحله ایی ملاک محاسبه قرار می گیرد.
- چنانچه در جواب ارسالی در جداول اعداد، آیتم MVV دارای مقدار باشد :
- کد تعرفه ۹۰۱۰۰۵ در اسپیرومتری ساده ملاک محاسبه است.
- کد تعرفه ۹۰۱۰۱۰ در اسپیرومتری دو مرحله ای ملاک محاسبه است.
- UBT یا Urea Breath Test یا تست تنفسی اوره با استفاده از کربن با کد تعرفه ۸۰۴۱۶۵ تحت عنوان تست تنفسی در سیستم ثبت میشود.

➤ نوار عصب یا NCV و نوار عضله یا EMG

- شامل نوار عصب گوش یا ABR، نوار عصب چشم یا VEP، یوروفلومتری یا نوار عصب مثانه، سیستمتری یا سیستوگرام یا نوار عضله مثانه، ENG، SEP، AEP می باشد.
- سوزن نوار عصب جدا از هزینه اصلی تحت عنوان همین هزینه با کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد.
- ECOG یا تست فشار مایع گوش یا الکتروکوکلیوگرافی با کد تعرفه ۹۰۰۴۹۵ در سیستم تحت عنوان خود هزینه قابل پرداخت می باشد.
- مانومتری یا بررسی حرکات مری با تایید پزشک معتمد کد تعرفه ۹۰۰۱۷۰ از انواع نوار عصب و عضله بوده و در سیستم تحت عنوان خود هزینه پرداخت می گردد.
- مانومتری آنورکتال با تایید پزشک معتمد کد تعرفه ۹۰۰۲۲۰ محاسبه می گردد.
- تست ENG و VNG و VEMP با تایید پزشک معتمد و کد تعرفه ۹۰۰۴۶۰ از انواع نوار عصب و عضله بوده و در سیستم تحت عنوان خود هزینه پرداخت می گردند.

➤ نوار مغز یا الکتروانسفالوگرافی یا EEG

- ارایه صفحه اول گزارش منوط به داشتن مشخصات بیمار و مهر مرکز درمانی یا پزشک معالج قابل قبول می باشد.
- نقشه مغزی یا Brain Map از سقف نوار مغز تحت عنوان خود هزینه در سیستم ثبت و پرداخت می گردد.
- جواب نقشه مغزی به صورت نمادهایی از سر (مغز) با درجه بندی های مختلف و متفاوت از نوار مغز (خطوط موج) می باشد.
- نوار مغز کیفی یا طولانی یا QEEG یا PEEG کد تعرفه ۹۰۱۲۲۵ با تایید پزشک معتمد قابل پرداخت است.

➤ یورودینامیک

- یورودینامیک بررسی کامل مثانه می باشد. لذا ارایه گزارش شامل سیستمتری، یوروفلومتری، UPP، EMG، VP، AP الزامی است.
- کد درمانی دیگری با این کد تعرفه قابل اخذ و گزارش نمی باشد.
- با دستور پزشک متخصص یا بالاتر و تحت عنوان خود هزینه در سیستم پرداخت می گردد.

➤ خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی چشم

- شامل بینایی سنجی یا اپتومتری، پریمتری، بیومتری، پنتاکم می باشد.
- همواره با دستور پزشک متخصص یا بالاتر و همراه ارایه تصویر جواب پرداخت می گردند.
- بیومتری چشم معادل تعرفه IOL Master چشم محاسبه و تحت عنوان خود هزینه پرداخت می گردد.
- رفرکشن همان اپتومتری می باشد.
- اپتومتری همواره بر اساس گزارش (پرینت شماره چشم) قابل پرداخت می باشد.
- در صورتی که در بیمارستان های چشم پزشکی باشد از این قاعده مستثناء خواهد بود. مگر آن که بیمارستان خودش بیمه گذار باشد.
- عمل گالیله، Corvis و تونومتری معادل پنتاکم می باشند.
- در فاکتورهایی که لفظ ویزیت اپتومتری قید شده باشد :
- پزشک متخصص یا فوق تخصص چشم در مطب؛ صرفاً ویزیت طبق تعرفه قابل پرداخت می باشد.
- اپتومتریست در مطب؛ منوط به ارایه پرینت کامپیوتری شماره چشم با مهر اپتومتریست صرفاً اپتومتری (بینایی سنجی) طبق تعرفه قابل پرداخت خواهد بود. در صورت عدم ارایه گزارش هزینه غیر قابل پرداخت خواهد بود. (زیرا ویزیت انجام دهنده خدمت معنایی ندارد)
- در مراکز درمانی ویزیت و اپتومتری منوط به متفاوت بودن نام پزشک و نام ارایه دهنده خدمت (کارشناس اپتومتری)؛ یک ویزیت و یک اپتومتری ملاک محاسبه قرار گرفته و هر یک از سقف مربوط به خود پرداخت می گردند.
- کد تعرفه ۷۰۶۰۳۵ تصویر برداری قرینه شامل توپوگرافی، پنتاکم، ارب اسکن یا ORB اسکن چشم، Itrace، Zoywave و سایر موارد مشابه بابت هر چشم می باشد. هر کدام از موارد در سیستم تحت عنوان خود هزینه و به عنوان زیرمجموعه بینایی سنجی پرداخت می گردند.
- توپولایزر چشم، Sirius و ابرومتری معادل توپوگرافی می باشند.
- اسپاکولار یا ECC با کد تعرفه ۷۰۶۰۳۰ و پاکیمتری با کد تعرفه ۷۰۶۰۶۵ از محل تعهدات بینایی سنجی محاسبه و پرداخت می گردند.
- GDX چشم، EEC چشم و فوندوس چشم غیرقابل پرداخت می باشند.

➤ شنوایی سنجی یا اودیومتری یا اودیولوژی

- شامل PTA، تمپانومتری یا Tympanometry یا Typ و چندین آزمایش مختلف می باشد.

- هزینه شنوایی سنجی با ارایه دستور پزشک متخصص گوش، حلق و بینی و ارایه تصویر جواب قابل پرداخت است.
- کارشناسان شنوایی سنجی (اودیولوژیست) انجام دهنده خدمت هستند به همین علت مجاز به تجویز دستور نمی باشند.
- تست های تعادلی از جمله Fall Test غیرقابل پرداخت می باشند.
- OAE همان شنوایی سنجی نوزاد می باشد. در صورت انجام برای دو گوش تعرفه دو بار پرداخت می شود.

*** نکات خدمات آزمایشگاهی

➤ آزمایش های تشخیص پزشکی

- آزمایشات غربالگری یا مارکهای جنین مستقل بوده و لذا بایستی جداگانه تحت پوشش بیمه نامه، قرار داشته باشند.
- توضیحات مربوط به آزمایشات غربالگری، در سرفصل تست های غربالگری جنین ارایه گردیده است.
- توضیحات مربوط به نحوه پرداخت هم زمان آزمایش غربالگری با سایر آزمایشات؛ در سرفصل تست های غربالگری جنین ارایه گردیده است.
- جهت پرداخت ارایه جواب آزمایش و دستور پزشک خصوصاً در هزینه های آزاد الزامی است.
- آزمایش های PT یا PTT در بیماران قلبی و آزمایش CBC در بیماران سرطانی بدون ارایه دستور پزشک منوط به محرز بودن بیماری قابل پرداخت می باشد.
- ملاک ثبت خسارت در سیستم تاریخ پذیرش می باشد، بنابراین تاریخ جواب یا دستور در زمان ثبت در سیستم در نظر گرفته نمی شود.
- کنترل تاریخ پذیرش، نام کامل بیمار و نام کامل پزشک در فاکتور با برگ های جواب و دستور پزشک الزامی است.
- مغایرت نام بیمار در دستور پزشک و جواب غیر قابل پرداخت است.
- چنانچه دستور پزشک مربوط به نوزاد (تازه متولد شده) در دفترچه مادر باشد، پرداخت هزینه به شرط پوشش بیمه ایی نوزاد علی رغم مغایرت در مدارک، از سقف تعهدات نوزاد بلامانع خواهد بود.
- در صورتی که نام پزشک درخواست کننده در جواب آزمایش ذکر شده باشد ولی در قبض فاقد نام پزشک باشد، هزینه قابل پرداخت خواهد بود.
- آزمایش های درخواست شخصی (در جواب و فاکتور نام پزشک قید نمی شوند) غیر قابل پرداخت می باشد.
- هزینه های مربوط به آمینوشور (نمونه، لوازم، آزمایش)، چکاپ، پزشکی قانونی، طب کار، ازدواج و قندخون در مطب غیرقابل پرداخت می باشد.
- آزمایش Roma یا Risk of Ovarian Malignancy Algorithm همان آزمایش HE4 یا Human epididymis protein 4 می باشد.
- آزمایش های هسته ایی (معمولاً مربوط به هورمون های تیروئید) از سقف انواع آزمایش قابل پرداخت می باشند.
- در صورتیکه اسکن تیروئید و آزمایش به طور همزمان در مرکز پزشکی هسته ایی انجام گرفته باشد هریک به صورت مجزا محاسبه و از سقف مربوط به خود قابل پرداخت می باشند.
- آزمایش تین پرپ یا Thin prep و لیکوئید بیس یا Liquid Based معادل آزمایش پاپ اسمیر (بخش آزمایشگاهی نمونه برداری- سیتوپاتولوژی) کد ۸۰۷۰۲۷ می باشد. تحت عنوان "آزمایش پاپ اسمیر" در سیستم ثبت و پرداخت می گردد.
- آزمایشات G6PD و TSH همزمان مربوط به غربالگری متابولیک اطفال غیرقابل پرداختند.

نحوه محاسبه

- نحوه کارشناسی هزینه آزمایش متفاوت از سایر هزینه های پاراکلینیکی می باشد، پایه و اساس محاسبه هزینه های آزمایش "قانون سهم ۲۵٪" میباشد و به معنای کسر فرانشیز قرارداد بیمه شده نمی باشد، بلکه سهم واقعی بیمه های پایه می باشد. به عبارتی دیگر در محاسبه هزینه آزمایش اعم از آزاد یا دولتی حتماً سهم ۲۵٪ بیمه های پایه به دلایل ذیل در نظر گرفته شود :
- (۱) در آیین نامه وزارت بهداشت به صراحت به سهم سازمان بیمه گر اول از خدمات آزمایشگاهی اشاره شده است. لذا رعایت محاسبه سهم قانونی برای تمامی فاکتورها الزامی است.
- (۲) با وجود اینکه درحال حاضر اغلب آزمایشگاه ها طرف قرارداد با بیمه های پایه خصوصاً بیمه تامین اجتماعی هستند، متأسفانه تعدادی از آزمایش ها از پوشش بیمه های پایه خارج شده اند و عملاً "قانون سهم ۲۵٪" در هزینه های ارایه شده رعایت نمی گردد و سهم واقعی بیمه های پایه به دوش بیمه شده و به تبع آن به عهده بیمه های مکمل خواهد بود.
- (۳) از آنجایی که تعداد مراکز طرف قرارداد از سوی بیمه آسیا رو به افزایش میباشد می تواند عاملی باشد جهت ترغیب بیمه شدگان برای مراجعه به این مراکز و استفاده از معرفی نامه های سرپایی.

نحوه محاسبه آزمایش آزاد :

- بدون در نظر گرفتن فرانشیز قرارداد "قانون سهم ۲۵٪" اعمال و جهت پرداخت از جمع کل فاکتور سهم قانونی به میزان ۲۵٪ کسر می شود.

- لازم به توضیح می باشد با توجه به اینکه در اکثر قراردادهای بیمه شده (فرانشیز) در هزینه های آزاد ۱۰ یا ۲۰٪ می باشد، چنانچه از فاکتور آزمایش آزاد فقط فرانشیز قرارداد کسر گردد و "قانون سهم ۲۵٪" اعمال نگردد، موجب کاهش انگیزه لازم در مراجعه به مراکز طرف قرارداد بیمه آسیا و بیمه های پایه خواهد شد

نحوه محاسبه آزمایش با احتساب بیمه پایه :

- در مرحله اول جهت بدست آوردن سهم واقعی بیمه پایه "قانون سهم ۲۵٪" اعمال می گردد. (از جمع کل فاکتور سهم قانونی به میزان ۲۵٪ کسر می شود) سپس :
 - اگر سهم سازمان واقعی باشد؛ پرداختی بیمار بدون کسر فرانشیز پرداخت می گردد.
 - اگر سهم سازمان واقعی نباشد؛ رقم بدست آمده (۷۵٪ جمع کل) بدون کسر فرانشیز پرداخت می گردد.
- در فاکتورهای با بیمه پایه که جمع کل و سهم سازمان وجود ندارد، می توان با ارفاق هزینه را بدون نحوه محاسبات بیان شده، بدون کسر فرانشیز و کامل پرداخت نمود.
- در فاکتورهای با بیمه پایه که فقط سهم سازمان و بیمار قید شده و فاقد جمع کل می باشد، بایستی مجموع مبلغ سهم سازمان و سهم بیمار را به عنوان جمع کل فاکتور آزمایش در نظر گرفته و اساس محاسبات کارشناسی را بر مبنای آن قرار داد.

نکته

- برخی از آزمایش های تشخیص پزشکی با وجود دارا بودن تعرفه در کتاب ارزش نسبی توسط بیمه پایه پرداخت نمی گردند، لذا نحوه محاسبه این آزمایشات همواره با اعمال تعرفه و کسر فرانشیز قرارداد خواهد بود.
 - آزمایش Anti TPO کد تعرفه ۸۰۳۶۳۰
 - آزمایش AMH یا Anti Mullerian کد تعرفه ۸۰۳۵۱۰
 - آزمایش Calprotectin کد تعرفه ۸۰۳۶۴۰
 - آزمایش بررسی لام خون محیطی در مطب (توسط متخصص یا بالاتر) کد تعرفه ۸۰۷۰۵۰ (ارایه گزارش الزامی است)
 - آزمایش HPV (مربوط به بررسی زگیل ناحیه تناسلی و غربالگری سرطان می باشد)
- اگر پرداختی بیمار بیش از تعرفه محاسبه شده باشد، کد تعرفه ۸۰۵۰۰۰ بابت استخراج DNA یا RNA به مبلغ تعرفه اضافه می گردد.
- ۱- تجویز توسط تخصص زنان و هم زمان با پاپ اسمیر :
 - جواب مثبت باشد ⇐ علاوه بر کد تعرفه ۸۰۷۰۲۷ با توجه به شرح جواب کد تعرفه ۸۰۳۵۸۰ یا ۸۰۳۴۷۵ نیز پرداخت می گردد.
 - جواب منفی باشد ⇐ صرفاً کد تعرفه ۸۰۷۰۲۵ پرداخت می گردد. (حرفه ای ۰،۲۲ - K# - فنی ۴،۵ K#)
- ۲- تجویز توسط پزشک با تخصص غیر از زنان : (به عنوان مثال نمونه پوست در زگیل ها)
 - جواب مثبت یا منفی باشد ⇐ با توجه به شرح جواب کد تعرفه ۸۰۳۵۸۰ یا ۸۰۳۴۷۵ پرداخت می گردد.

➤ پاتولوژی

- آسیب شناسی همان پاتولوژی می باشد.
- هزینه پاتولوژی بایستی به همین نام (پاتولوژی) در سیستم ثبت گردد. زیرا احتمال ارجاع به جواب پاتولوژی بابت خسارات دیگر وجود دارد.
- ارایه گزارش و تایید پزشک معتمد الزامی است.
- آزمایش FNA (بخش آزمایشگاهی نمونه برداری) کد تعرفه ۸۰۷۰۴۵ در سیستم تحت عنوان "پاتولوژی" ثبت و پرداخت می گردد.

نحوه محاسبه

- همانند دیگر هزینه های پاراکلینیکی در ابتدا اعمال تعرفه گردیده و سپس :
 - در خسارات آزاد : کسر فرانشیز قرارداد از تعرفه محاسبه شده
 - در خسارات بایبیمه : محاسبه سهم واقعی بیمه پایه (۷۰٪ تعرفه دولتی- غیر تمام وقت پاتولوژی مربوطه)، سپس پرداخت مابه التفاوت جمع کل و سهم واقعی بیمه پایه بدون کسر فرانشیز
- لازم به یادآوریست پس از محاسبات در صورتیکه پرداختی بیمار کمتر از رقم محاسبه شده باشد، همواره بایستی رقم کمتر پرداخت گردد.

➤ ژنتیک پزشکی

- آزمایشات ژنتیک در صورتی که در شرح قرارداد استثنا نشده باشند در تمامی قراردادها قابل پرداخت اند.
- آزمایشات متابولیک نوزاد متفاوت از ژنتیک بوده و غیر قابل پرداخت می باشند. مگر در صورت پوشش در قرارداد

- آزمایش ژنتیک با دستور متخصص یا پزشک دارای PHD در رشته ژنتیک (متخصص ژنتیک) قابل پرداخت می باشد. ذکر علت درخواست آزمایش ژنتیک در دستور پزشک الزامی می باشد. در صورتی می توان بدون مهر متخصص پذیرفت که نام و تخصص پزشک در سایر مدارک همراه هزینه، مشخص شده باشد.
- در مواردی که آزمایش ژنتیک و روتین به صورت همزمان باهم انجام شده باشد علی رغم یکسان بودن سقف تعهدات، هریک به صورت مجزا و در آیتم مربوط به خود ثبت سیستمی می شوند.
- آزمایشاتی که سیستم ژنتیکی و پروسه یا باکتری را بررسی می کند زیرمجموعه آزمایشات روتین (آزمایش های تشخیصی پزشکی) می باشند.
- آزمایشاتی که سیستم ژنتیکی انسان را بررسی می کند زیرمجموعه آزمایشات ژنتیک می باشند.
- کاریوتایپ Karyotype (عکس کروموزم ها به همراه گزارش) از انواع آزمایشات ژنتیک انسانی می باشد.
- اگر نمونه مورد آزمایش ژنتیک انسانی از جنین باشد، زیرمجموعه تست های غربالگری جنین می باشد.
- اگر نمونه مورد آزمایش ژنتیک انسانی از مرد یا زن بالغ یا کودک متولد شده باشد، تحت عنوان آیتم "تست ژنتیک" در سیستم ثبت می گردد. در صورتی که قرارداد فاقد آیتم مذکور باشد؛ به شرط مستثنی نبودن هزینه آزمایش ژنتیک در قرارداد تحت عنوان آیتم "انواع آزمایش" پرداخت می گردد.

نحوه محاسبه

- همانند دیگر هزینه های پاراکلینیکی در ابتدا اعمال تعرفه گردیده و سپس :
- **در خسارات آزاد :** کسر فرانشیز قرارداد از تعرفه محاسبه شده
- **در خسارات بایمه :** محاسبه سهم واقعی بیمه پایه (۷۰٪ تعرفه دولتی- غیر تمام وقت پاتولوژی مربوطه)، سپس پرداخت مابه التفاوت جمع کل و سهم واقعی بیمه پایه بدون کسر فرانشیز
- لازم به یادآوریست پس از محاسبات در صورتیکه پرداختی بیمار کمتر از رقم محاسبه شده باشد، همواره بایستی رقم کمتر پرداخت گردد.

➤ تست های آلرژیک

- شامل سه دسته درمان می باشد :
- **پچ تست یا Patch Test** یا تست پوستی پریکل کست کد ۹۰۱۱۴۵ تعرفه می باشد. در مطب توسط پزشک متخصص یا بالاتر انجام شده و منوط به ارایه گزارش به ازای هر تست قابل محاسبه می باشد.
- **تست آلرژن ۳۰ پانلی** کد تعرفه ۸۰۳۶۸۶
- **تست آلرژن تنفسی ۲۰ آلرژن** کد تعرفه ۸۰۳۳۸۵
- جهت محاسبه ۲۰ نوع آلرژن یا ۳۰ پانلی؛ براساس متن جواب ارسال شده و تایید پزشک معتمد تعرفه از آزمایشات استخراج شده و به همین نام در سیستم پرداخت می گردد.
- ایمونوتراپی غیر قابل پرداخت می باشد.
- در صورت پوشش واکسن یا واکسن آلرژن، ایمونوتراپی با تایید پزشک معتمد تحت این عنوان قابل پرداخت خواهد بود.

*** نکات تست های غربالگری جنین

- شامل مارکهای جنینی (دبل مارکر، تریپل مارکر، کواد مارکر)، آزمایشات ژنتیک جنین (AFP یا آلفافیتوپروتئین، بررسی های مایع آمنیون، آزمایش NIPTY یا Cell Free DNA یا NIFTY)، سونوگرافی های غربالگری جنین (NT)، غربالگری سه ماهه اول، NT-NB، آنومالی اسکن یا ناهنجاری های جنین، مالفورماسیون مادرزادی جنین) می باشد.
- لازم به تذکر است ثبت در سیستم جهت تمامی موارد فوق بایستی تحت عنوان خود هزینه صورت بگیرد.
- فقط با دستور پزشک متخصص زنان یا بالاتر قابل پرداخت می باشند.
- انجام هر گونه آزمایش یا تست بر روی جنین مرده غیر قابل پرداخت می باشد. (Otopsi)
- کاریوتایپ یا Karyotype در صورتی که روی نمونه جنین انجام شده باشد از انواع آزمایش ژنتیک جنین می باشد.
- هر گونه بررسی روی نمونه مایع آمنیون از مجموعه آزمایشات ژنتیک جنین قرار می گیرد.
- در سونوگرافی های چند قلوئی؛ سونوگرافی های آنومالی اسکن، داپلر رنگی، NT-NB و سایر موارد مشابه بایستی تعرفه به ازای هرقل مستقل محاسبه گردد.
- تنها در سونوگرافی حاملگی جهت قل های بعدی کد تعرفه ۷۰۱۷۳۵ به تعداد قل به سونوگرافی حاملگی افزوده می شود.

- دابل مارکر یا Double Marker شامل تعیین میزان PAPP-A و Free β HCG
- تریپل مارکر یا Triple Marker شامل تعیین میزان PAPP-A و Free β HCG و UE3
- کوادرپل مارکر یا Quadruple Test شامل تعیین میزان PAPP-A و Free β HCG و UE3 و Inhibin-A (DIA)
- در خصوص هزینه NIPTY تصویرنامه مدیریت درمان در خصوص آخرین دستور العمل وزارت بهداشت به منظور افزایش تعرفه قابل پرداخت (داده خام)، در انتها ضمیمه گردید.
- سونوگرافی آنومالی اسکن یا ناهنجاری جنین، معادل سونوگرافی تشخیص مالفورماسیون های مادرزادی جنین محاسبه می گردد.
- سونوگرافی NT-NB و آنومالی سه ماهه اول کد ۷۰۱۷۳۱ در دو حالت می تواند ملاک محاسبه قرار گیرد:
 - ۱- در صورتی که سن بارداری مادر کمتر از ۱۳ هفته باشد. با تایید پزشک معتمد تا ۱۶ هفته نیز مورد تایید است.
 - ۲- در صورت همزمانی آزمایش دبل مارکر با سونوگرافی NB-NT (غربالگری) حداکثر در محدوده زمانی ۰ (روزه، لذا کنترل استعلام خسارت در زمان پرداخت جهت رویت آزمایش دبل مارکر پرداخت شده، الزامی است.
- در صورت همزمان بودن سونوگرافی غربالگری (NT-NB) با کالر داپلر بارداری؛ هر دو سونوگرافی قابل پرداخت می باشند. سونوگرافی NT-NB از سقف تعهدات غربالگری و سونوگرافی کالر داپلر بارداری از سقف سونوگرافی عادی پرداخت می شوند.
- چنانچه سونوگرافی حاملگی یا بارداری روتین و سونوگرافی های غربالگری (NT-NB) و آنومالی یا مالفورماسیون؛ به صورت هم زمان انجام شود، فقط هزینه سونوگرافی غربالگری قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- قراردادهایی که فاقد پوشش غربالگری جنین می باشند، با در نظر گرفتن شرایط بیمه گذار، می توان سونوگرافی حاملگی را پرداخت نمود.
- سونوگرافی NT Screen بیمارستان پارس در صورت ارایه تمام صفحات جواب، با تایید پزشک معتمد معادل آزمایش دبل مارکر و سونوگرافی NT-NB سه ماهه اول بارداری پرداخت می گردد.
- FTS همان آزمایش دبل مارکر به همراه سونوگرافی NT-NB سه ماهه اول بارداری می باشد.
- سونوگرافی های سه بعدی یا 3D و چهار بعدی یا 4D معادل سونوگرافی حاملگی و سونوگرافی مالفورماسیون یا آنومالی می باشند. ارایه دستور پزشک متخصص یا بالاتر و گزارش سونوگرافی الزامی است.
- لازم به ذکر است مجموع هر دو سونوگرافی از سقف سونوگرافی غربالگری جنین بایستی پرداخت گردد.

نکته

- به دلیل متفاوت بودن نحوه محاسبه آزمایش غربالگری جنین و آزمایش تشخیص پزشکی در صورت هم زمانی به روش زیر عمل مینماییم :
 - ۱- هر کدام از آزمایشات در سقف تعهد مربوط به خود در سیستم ثبت می گردد. (تفکیک شوند)
 - ۲- درجه تخصص پزشک حتماً کنترل و در نظر گرفته شود.
 - ۳- آزمایش غربالگری جنین از سقف تعهد مربوطه با در نظر گرفتن تعرفه مربوطه (بدون لحاظ حق فنی و پذیرش) همواره با کسر فرانشیز قرارداد پرداخت میشود.
 - ۴- پس از کسر تعرفه مربوط به آزمایش غربالگری از پرداختی بیمار، باقی هزینه همانند آزمایش تشخیص پزشکی با توجه به نوع فاکتور (آزاد یا بیمه ای) محاسبه و پرداخت می شود.

خلاصه اهم دستور العمل کشوری وزارت بهداشت و درمان در خصوص غربالگری سندروم داون

شاخص های آزمایشگاهی غربالگری :

الف- PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma A)

ب- HCG (ترکیبات مختلف این هورمون عبارتند از : Free β HCG و Intact or Total HCG)

ج- UE3 (Unconjugated Estriol)

د- AFP (Alpha Fetoprotein)

ه- DIA (Dimeric Inhibin-A)

و- Cell Free Fetal DNA از هفته ی چهارم بارداری به بعد قابل بررسی است

شاخص های رادیولوژی (سونوگرافی) غربالگری :

الف- NT (Fetal Nuchal Translucency) : افزایش ضخامت بافت نرم خلف گردن هفته های ۱۰ الی ۱۴ بارداری

ب- NB (Nasal Bone) : عدم تشکیل یا هیپوپلازی استخوان بینی سه ماهه ی دوم

ج- نارسایی دریچه سه لتی (Tricuspid Regurgitation) و مشاهده وجود ناهنجاری در شکل امواج داپلر مجرای وریدی (Flow Ductus Venusus)

انواع روش های غربالگری :

برحسب استانداردهای تعیین شده عبارتند از :

۱- تست های غربالگری سه ماهه ی اول : در هفته های ۱۱ الی آخر ۱۳ بارداری

الف- سن مادر + اندازه گیری NT

- ب- سن مادر + دابل مارکر (Double Marker) شامل تعیین میزان PAPP-A و Free β HCG در سرم مادر
- ج- سن مادر + تست ترکیبی (Combined Test) شامل اندازه گیری NT در سونوگرافی به همراه تعیین میزان سرمی PAPP-A و Free β HCG
- ۲- تست های غربالگری سه ماهه دوم : در هفته های ۱۴ الی آخر ۱۶ بارداری
- الف- تریپل مارکر (Triple Marker) شامل تعیین میزان PAPP-A و Free β HCG و UE3 در سرم مادر
- ب- کوادراپل مارکر (Quadruple Test) شامل تعیین میزان PAPP-A و Free β HCG و UE3 و Inhibin-A (DIA)
- ۳- آزمایشات غربالگری تلفیقی یا مرحله ای :
- الف- Intergrated : شامل انجام تست های NT + PAPP-A در سه ماهه ی اول یا در نظر گرفتن سن مادر و انجام تست کوادراپل در سه ماهه دوم.
- ب- Serum Intergrated : انجام تست PAPP-A در سه ماهه ی اول و تست کوادراپل در سه ماهه دوم.
- ج- Stepwise Sequential : در این روش تست های سه ماهه اول انجام می گیرد. بر مبنای ریسک مشخص شده انجام آزمایشات کوادراپل در سه ماهه دوم انجام می گردد.
- د- Contingent Sequential در این روش نیز به دنبال انجام تست های سه ماهه اول خطر محاسبه گردیده و بر مبنای آن بیمار برای انجام آزمایشات کوادراپل یا تست های مولوکولی ارجاع می شود.
- انواع نمونه گیری از جنین :
- اگر نتایج آزمایش های غربالگری خطر بالای ابتلای جنین را محاسبه نماید، نمونه گیری از جنین به منظور انجام آزمایش تشخیص ژنتیک (کاریوتایپ) توصیه می شود.
- نمونه گیری از جنین به یکی از روش های زیر امکان پذیر است :
۱. آمینوسنتز : در هفته های ۱۵ الی ۲۰ بارداری
 ۲. نمونه برداری از پرزهای کوریونیک (Chorionic Villus Sampeling) : در هفته های ۱۰ الی ۱۴ بارداری
 ۳. نمونه گیری از خون بندناف از طریق پوست : بعد از ۱۸ هفتگی بارداری، معمولاً آخرین انتخاب در مواردی است که نتایج سایر تست ها مبهم باشد.

*** نکات فیزیوتراپی یا PT، گفتار درمانی یا ST، کار درمانی یا OT

➤ فیزیوتراپی

- ملاک اصلی در محاسبه هزینه فیزیوتراپی دستور پزشک می باشد.
- دستور پزشک بایستی شامل تعداد جلسات، نام نواحی و انواع درمان مورد نیاز باشد.
- قید لفظ لیزر یا Laser در دستور پزشک جهت پرداخت هزینه لیزر الزامی است.
- طبق توضیح کد تعرفه ۹۰۱۶۴۵ هر ناحیه هر جلسه محاسبه می گردد. لذا اندام دوم و بیشتر نیز به صورت کامل (۱۰۰٪) پرداخت می گردد.
- هزینه ارزیابی فیزیوتراپی صرفاً یک مرتبه در هر دوره درمانی با کد تعرفه ۹۰۱۶۲۰ قابل پرداخت می باشد.
- در هر مورد خسارت فیزیوتراپی کنترل موارد زیر الزامی است :
- کنترل استعمال خسارت بیمار بابت عدم تکرار خسارت، تعداد دفعات استفاده، عدم تداخل تاریخ جلسات درمانی، سابقه جراحی
- شرایط سنی و جنسیت بیمار در هنگام بررسی پرداخت هزینه فیزیوتراپی
- ارایه پوز بانکی یا گردش حساب در موارد خاص با صلاحدید واحد پرداخت
- با توجه به اینکه هزینه های فیزیوتراپی غالباً بدون پرینت کامپیوتری و به صورت دست نوشته می باشد، در صورت لزوم استعمال های لازم از قبیل تماس با مرکز درمانی یا مراجعه حضوری و... در خصوص اصالت هزینه ها به عمل آید.
- همواره تعداد جلسات کمتر (در دستور پزشک یا فاکتور) ملاک محاسبه می باشد. ریز تاریخ جلسات بایستی به تفکیک مشخص باشد.
- فیزیوتراپی بیش از ۲۰ جلسه یا بیش از دو اندام منوط به ارایه مستندات بیماری (رادیوگرافی یا MRI یا اسکن) و با تایید پزشک معتمد و در صورت تعدد خسارت با مجوز کتبی اداره خسارت مرکز یا اداره کنترل قابل پرداخت می باشد.
- هزینه لیزر کم توان یا CPM همراه با فیزیوتراپی، به نام فیزیوتراپی، حداکثر دو اندام و با لحاظ تعداد جلسات منوط به ذکر در دستور پزشک با کد تعرفه ۹۰۱۶۲۵ محاسبه و پرداخت می شود.
- لیزر پرتوان مجزا از این هزینه بوده و در سرفصل لیزر درمانی ارایه گردیده است.
- انجام فیزیوتراپی و لیزر کم توان تنها در مراکز مربوطه و توسط فیزیوتراپیست قابل پرداخت خواهد بود.
- تجویز فیزیوتراپی توسط فیزیوتراپیست و کایروپراکتیست غیرقابل پرداخت است. (انجام دهنده خدمت هستند)
- تجویز فیزیوتراپی توسط پزشک عمومی غیرقابل پرداخت می باشد، مشروط به پرداخت توسط بیمه گر پایه و مشخص بودن سهم پایه با تایید ریاست واحد پرداخت قابل بررسی و پرداخت می باشد.
- متخصص آنستزی یا بیهوشی صرفاً مجاز به تجویز فیزیوتراپی می باشد و در صورت انجام فیزیوتراپی هزینه غیرقابل پرداخت است.
- اگر پزشک بیهوشی فوق تخصص درد یا فلوشیپ درد نیز دارا باشد، مجاز به تجویز و انجام فیزیوتراپی می باشد.
- اولین جلسه تاریخ شروع فیزیوتراپی به عنوان تاریخ ثبت در سیستم فناوری، در نظر گرفته خواهد شد.

- متخصص طب ورزشی و طب فیزیکی مجاز به انجام اعمال درمانی به شرح زیر می باشند :
- تجویز و انجام فیزیوتراپی، تزریق داخل مفصل، تجویز ارتز و بریس، طب سوزنی، انجام حرکات اصلاحی و ورزشی، مانیپولاسیون
- در صورتی که دوره انجام فیزیوتراپی در زمان اتمام قرارداد باشد، تاریخ ریز جلسات بایستی ارایه شود. بدین ترتیب هر تعداد جلسه ای که در تاریخ قرارداد می باشد، قابل پرداخت خواهد بود.
- در صورت تمدید قرارداد، مابقی جلسات، طبق ریز صورتحساب ارایه شده در قرارداد جدید پرداخت می گردند.
- با توجه به اعلام تعرفه های جدید از سوی وزارت بهداشت به صورت سالانه، در صورتی که تعدادی از جلسات بر مبنای تاریخ انجام هزینه در زمان تعرفه های گذشته باشند. لازم است هر جلسه درمانی بر مبنای تاریخ و تعرفه مربوطه محاسبه و پرداخت شوند.
- با توجه به اینکه ملاک پرداخت تاریخ شروع درمان می باشد، چنانچه بیمه شده برای نخستین بار نزد بیمه آسیا تحت پوشش قرار گرفته باشد؛ جهت محاسبه فقط هزینه های مربوط به بعد از تاریخ پوشش بیمه ای در نظر گرفته میشود و جلسات قبل از آن غیرقابل پرداخت می باشند.
- در صورتی که هزینه ارسالی پس از کارشناسی به میزان تعرفه آزاد یا بالاتر از آن باشد، ارایه اصل دستور پزشک یا برگ سبز دفترچه بیمه الزامی است. چنانچه برگ سبز دفترچه (اصل دستور پزشک) ارایه نگردد، خسارت بایستی با احتساب سهم بیمه پایه محاسبه و پرداخت گردد.
- در هزینه های بابیمه (تامین اجتماعی) دستور پزشک فیزیکی وجود ندارد، لذا کنترل سیستم الکترونیک الزامی بوده و سپس ملاک محاسبه جزییات قید شده در فاکتور می باشد.
- فیزیوتراپی گردن و شانه ، کمر و اندام های تحتانی در محاسبات یک اندام در نظر گرفته می شوند.
- فیزیوتراپی گردن و دو شانه به صورت ارفاقی در کل تا دو اندام قابل پرداخت می باشند.
- کمر و اندام تحتانی مشروط به ارایه گزارش ام آر آی یا MRI و با نظر پزشک معتمد می تواند تا ۳ اندام محاسبه گردد.
- باز توانی یا توان بخشی قلب با تایید پزشک معتمد و کد تعرفه ۹۰۰۹۶۵ در این گروه قابل پرداخت می باشد.
- مانیپولاسیون از زیرمجموعه های درمانی در بخش فیزیوتراپی می باشد :
- طبق دستور پزشک متخصص یا بالاتر و با تایید پزشک معتمد پرداخت می گردد.
- انجام درمان صرفاً توسط متخصصین مجاز قابل پرداخت می باشد. انجام توسط فیزیوتراپیست غیرقابل پرداخت است.
- یک یا دو ناحیه (غیرنخاعی) با کد تعرفه ۹۰۱۷۹۵ و بیش از دو ناحیه (غیرنخاعی) با کد تعرفه ۹۰۱۸۰۰ عمل مستقل بوده لذا همراه با فیزیوتراپی یا سایر درمان ها غیرقابل پرداخت است.
- مگنت تراپی یا Magnet از زیرمجموعه های درمانی در بخش فیزیوتراپی می باشد :
- طبق دستور پزشک متخصص یا بالاتر و با تایید پزشک معتمد پرداخت می گردد.
- با کد تعرفه ۹۰۱۶۸۰ عمل مستقل بوده لذا همراه با فیزیوتراپی یا سایر درمان ها غیرقابل پرداخت است.
- شاک ویو یا ESWT از زیرمجموعه های درمانی در بخش فیزیوتراپی می باشد :
- شاک ویو یا استفاده از دستگاه ESWT با توان کم، جهت درمان دردهای اسکلتی-عضلانی و ترمیم بافت نرم؛ به ازای هر ناحیه با کد تعرفه ۹۰۱۶۷۰ عمل مستقل بوده لذا همزمان با سایر درمان ها غیرقابل پرداخت می باشد.
- طبق توضیحات کد تعرفه، حداکثر دو ناحیه در هر جلسه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

➤ کار درمانی، گفتار درمانی

- پوشش کاردرمانی مستقل از پوشش گفتاردرمانی می باشد و بایستی جداگانه تحت پوشش بیمه نامه قرار گیرند.
- نام کامل بیماری و علت لزوم تجویز درمان و تعداد جلسات لازم بایستی توسط پزشک معالج گواهی گردد.
- تایید اصالت بیماری و هزینه های ارسالی همواره بر عهده کارشناسان خسارت می باشد.
- با تایید پزشک معتمد قابل پرداخت می باشد. ویزیت بیمار در طول قرارداد توسط پزشک معتمد بیمه الزامی است.
- در صورت تایید بیماری توسط پزشک معتمد؛ انجام هزینه در منزل طبق شرایط قرارداد قابل بررسی می باشد.
- دستور کاردرمانی توسط متخصصان مغز و اعصاب، کودکان، طب فیزیکی و روان پزشکی تجویز می گردد.
- دستور گفتاردرمانی توسط متخصصان گوش و حلق و بینی، کودکان، روان پزشکی و مغز-اعصاب تجویز می گردد.
- بر مبنای نوع بیماری ممکن است پزشک متخصص دیگری نیز دستور گفتار یا کاردرمانی را تجویز نموده باشد؛ در این گونه موارد تایید بیماری بایستی با تایید پزشک معتمد مرکز صورت گیرد.
- انجام خدمت توسط کارشناسان یا متخصصان کاردرمانی و گفتاردرمانی و روان شناسان در مراکز مربوطه قابل قبول می باشد.
- در ماه، ۱۰ الی ۱۲ جلسه به صورت روتین قابل پرداخت می باشد.
- حداکثر ۳ روز در هفته قابل بررسی است. در صورت افزایش تعداد جلسات تایید پزشک معتمد به همراه مستندات بیماری الزامی است.

- دو جلسه درمان یکسان در یک روز تنها در صورت تایید پزشک معتمد قابل بررسی می باشد. (با لحاظ دستور پزشک معالج و نوع بیماری)
- یک جلسه کاردرمانی و یک جلسه گفتاردرمانی در یک روز بلامانع می باشد.
- کاردرمانی و گفتاردرمانی بیماری های CP یا معلول جسمی-ذهنی، اوتیسم، دوشن در کودکان با ارایه دستور پزشک متخصص یا بالاتر (شامل تعداد جلسات مورد نیاز و نام بیماری) پس از تایید پزشک معتمد قابل پرداخت می باشد. (دستور العمل وزارت بهداشت در انتها ضمیمه گردید)
- با توجه به اینکه هزینه های گفتاردرمانی و کاردرمانی غالباً بدون پرینت کامپیوتری و به صورت دست نوشته میباشد، در صورت لزوم استعلام های لازم از قبیل تماس یا مراجعه به مرکز درمانی یا ویزیت بیمه شده و... در خصوص اصالت هزینه ها به عمل آید.
- هزینه های عقب ماندگی ذهنی و از کارافتادگی کلی غیرقابل پرداخت می باشند.
- هزینه های مادرزادی صرفاً با تایید پزشک معتمد و اخذ مجوز اداره کنترل درمان قابل بررسی خواهند بود.
- بازی درمانی از مجموعه اقدامات درمانی کاردرمانی می باشد که توسط کارشناس کاردرمانی انجام می گیرد.
- جهت بیماران نیازمند کاردرمانی و گفتار درمانی توصیه می شود پرونده های خسارتی این بیمه شدگان به صورت مجزا ثبت و بایگانی گردند. به عبارتی دیگر تمامی پرونده بیمار یک جا متمرکز باشد که در صورت صلاح دید مدیریت امکان دسترسی به تمامی هزینه ها فراهم باشد. علاوه بر آن ویزیت بیمار در ابتدای قرارداد و در طول بیمه نامه (به عنوان مثال هر سه ماه یکبار) جهت کنترل خسارت از سوی واحدهای پرداخت توصیه می شود. بهتر است طی مکاتبات با بیمه گذار درخواست گردد اسامی بیمه شدگان دارای مشکل از ابتدای قرارداد به واحد پرداخت خسارت درمان مربوطه اعلام گردد.

*** نکات ویزیت، دارو و خدمات اورژانسی در موارد غیر بستری

➤ ویزیت

- انواع درجات پزشکی به ترتیب عبارتند از : ۱. کارشناس ۲. کارشناس ارشد ۳. دکترای حرفه ایی یا MD یا عمومی ۴. PHD یا دکترای علوم پایه ۵. رزیدنت ۶. متخصص ۷. فلوشیپ ۸. فوق تخصص ۹. دانشیار
- ویزیت فلوشیپ معادل فوق تخصصی، اینترونشنال و رزیدنت و دانشیار معادل متخصص، دکترای حرفه ایی و دستیار متخصص و پرفسوری (لقب افتخاری می باشد) معادل عمومی می باشند.
- قید لفظ اینترونشنال به تنهایی قابل پذیرش نبوده و بایستی رشته پزشکی به همراه آن مشخص باشد.
- خرید پوشش ویزیت در قرارداد شامل تمامی درجات پزشکی می باشد لذا بایستی در زمان صدور قرارداد تمامی درجات پزشکی منطبق با تعرفه ویزیت اعلامی هیات وزیران جهت ثبت دقیق خسارات ثبت شوند. (کارشناس-عمومی-متخصص-فوق تخصص)
- در صورت بروز ابهام در مورد درجه پزشک، مراجعه به سایت نظام پزشکی و نظام روانشناسی (بخش جستجوی پزشک) توصیه میشود.
- جهت تعیین درجه پزشک؛ اولویت اول با مهر پزشک خواهد بود. (در مواردی که در سربرگ معتبر پزشک گواهی نشده باشد)
- قید لفظ تخصص در کنار رشته پزشکی در مهر پزشک الزامی است.
- پزشکان اورولوژیست، نورولوژیست، سایکولوژیست، ارتوپد و جراح (غیر از جراح-دندان) با وجود عدم قید لفظ تخصص در مهر، پزشک متخصص می باشند.
- در صورتی که مهر پزشک متخصص باشد اما سربرگ معتبر پزشک (دارای آدرس و تلفن) با درجه بالاتر از تخصص باشد؛ ویزیت درجه بالاتر به استناد سربرگ قابل پرداخت می باشد.
- منظور از متخصص بیماری های تیروئید-پزشکی هسته ایی همان متخصص غدد می باشد.
- قید حرف (م) در مهر مختص ماما، قید حرف (ت) در مهر مختص تغذیه، قید حرف (ب) در مهر مختص بینایی سنج، قید حرف (ک) در مهر مختص کایروپراکتیست و قید حرف (ات) در مهر مختص اتباع می باشد.
- در صورتی که ویزیت در دستور پزشک (دارو یا سونوگرافی یا...) قید شده باشد؛ به شرط داشتن مهر مجزا (مهر دوم) یا گواهی ویزیت با مهر مجدد در پشت دستور قابل پرداخت خواهد بود.
- ویزیت دست نویس که توسط بیمه شده در نسخه تجویز دارو یا دستور پزشک افزوده شده باشد به هیچ عنوان پرداخت نمی شود.
- گواهی ویزیت یک پزشک مربوط به چند روز متفاوت در یک فاکتور بایستی دارای تاریخ های تفکیک شده جلسات ویزیت باشد یا بابت هر روز فاکتور جداگانه از پزشک اخذ شود.
- چندین مرتبه ویزیت توسط یک پزشک در یک روز غیرقابل پرداخت بوده و صرفاً یک مرتبه ویزیت پرداخت می گردد.
- توضیحات مربوط به فاکتورهای ویزیت بیمارستانی دارای مهر اورژانس در سرفصل خدمات اورژانس ارایه گردیده است.
- ویزیت متخصص رادیوتراپی و طب ورزشی قابل پرداخت می باشد.

- ویزیت پزشک طب سنتی در صورت عدم تکرار قابل پرداخت می باشد. (وجود چندین فاکتور با عنوان ویزیت طب سنتی، نشان دهنده اقدام درمانی است نه صرفاً ویزیت بیمار)
- اگر دستور پزشک اقدام درمانی می باشد؛ بایستی کد اقدام صورت گرفته توسط پزشک معالج اعلام گردد تا با توجه به پوشش های قرارداد و تایید پزشک معتمد خسارت بررسی گردد.
- در صورتیکه درگواهی ارایه شده کلمه فرانشیز یا مشاوره برای پزشکانی با تخصص غیراز روان درمانی قید شده باشد، جهت پرداخت با ارفاق فقط یک جلسه ویزیت بر مبنای درجه پزشک منظور خواهد شد.
- مشاوره پزشکان ژنتیک غیر قابل پرداخت می باشند.
- توضیحات ویزیت های روان درمانی در سرفصل روان درمانی ارایه گردیده است.
- ویزیت و همچنین تجویز دستور آزمایش فوق تخصص درد و متخصص آنستزی یا بیهوشی قابل پرداخت می باشد.
- لفظ متخصص درد فاقد اعتبار می باشد و منظور همان متخصص بیهوشی می باشد.
- در صورتیکه ویزیت انجام شده توسط پزشک متخصص یا فوق تخصص (به صورت دست نویس یا چاپی) در مراکز درمانی یا بیمارستانی بدون مهر پزشک باشد، جهت تشخیص درجه پزشک به شرح زیر اقدام می گردد :
- ابتدا سایر مدارک موجود در پرونده جهت رویت مهر پزشک بررسی می شود. در صورتی که در سایر مدارک درمانی نیز مهر پزشک نباشد :
- ویزیت پزشک با سابقه ۱۵ یا ۲۵ سال بیشتر (معمولاً در فاکتورهای بیمارستانی از این لفظ استفاده می شود) معادل ویزیت پزشک عمومی محاسبه می گردد.
- ویزیت متخصص معادل ویزیت پزشک متخصص محاسبه می گردد.
- ویزیت فوق تخصص معادل ویزیت پزشک متخصص محاسبه می گردد. (در صورت استعلام از سایت نظام پزشکی ← فوق تخصص)
- ویزیت هم زمان با اعمال درمانی به عنوان ویزیت حین خدمت شناخته می شود. نحوه محاسبه و پرداخت عبارتست از :
- تعرفه ویزیت کمتر از تعرفه خدمت باشد ← صرفاً تعرفه خدمت محاسبه و پرداخت می گردد.
- تعرفه ویزیت بیشتر از تعرفه خدمت باشد ← تعرفه ویزیت و خدمت هر دو محاسبه و پرداخت می گردد.
- اگر فاکتور درمانگاه یا بیمارستان باشد ← ویزیت و خدمت هر دو محاسبه و پرداخت می گردد. (به دلیل تفاوت در واحد پذیرش و اتاق عمل)

ویزیت های غیر قابل پرداخت

- ارایه یک گواهی برای ویزیت دو پزشک مختلف (گواهی هر پزشک به صورت مجزا و به تفکیک باشند)
- ویزیت فوندوسکوپی چشم (بررسی آسیب شبکیه چشم) غیر قابل پرداخت می باشد.
- ویزیت روز ترخیص بستری غیر قابل پرداخت می باشد. (در پرونده بستری محاسبه می گردد)
- ویزیت فیزیوتراپیست، اودیولوژیست، اپتومتریست، کایروپراکتیست، رادیولوژیست، کاردرمان، روانشناس، گفتاردرمان، هومیوپات، انرژی درمان، پزشک قانونی و پاتولوژی غیرقابل پرداخت می باشد. به عبارتی دیگر برای پزشکی که تخصص مربوطه اش ارایه خدمت باشد، دریافت ویزیت معنایی ندارد.
- ویزیت پزشک قانونی و رادیولوژی با بررسی مستندات و نظر پزشک معتمد مرکز استثنائاً قابل بررسی خواهند بود.
- ویزیت در کلینیک های آلرژی در صورت همزمانی با انجام تست غیرقابل پرداخت می باشد. در صورت گواهی مجزا بابت ویزیت یا تجویز درمان و منوط به وجود مهر پزشک معالج قابل پرداخت خواهد بود.

ویزیت دندان پزشکی

- عبارتست از : معاینه کامل دهان و دندان ها، تکمیل پرونده و ارایه و ثبت طرح درمان اولیه و در صورت لزوم تجویز دارو، گرافی و آزمایش
- هزینه ویزیت دندان پزشک منوط به یکسان نبودن پزشک تشخیص دهنده و پزشک معالج قابل پرداخت است. به عبارتی دیگر تنها در مراکز دندان پزشکی که دارای واحد تشخیص اولیه می باشند، قابل پرداخت است.
- پرداخت یک بار در هر دوره درمان می باشد. (نه هر جلسه درمانی)
- ویزیت مربوط به دندان پزشکی مستقل از تعهدات پوشش دندان پزشکی می باشد لذا از سقف تعهدات ویزیت پرداخت می گردد.
- عنوان جراح-دندان پزشک، پزشک عمومی محسوب می گردد.
- مهر متخصص دندان پزشک بایستی دارای لفظ تخصص و نام رشته تخصصی باشد.

ویزیت تغذیه

- تنها یک بار در ماه قابل پرداخت می باشد لذا ضرورت دارد تحت عنوان خود هزینه در سیستم ثبت شود.
- چنانچه مهر نظام پزشکی ن پ ت (۳رقمی) باشد؛ ویزیت معادل کارشناس تغذیه می باشد.

- اگر مهر نظام پزشکی ن پ (۵رقمی) باشد؛ ویزیت معادل پزشک عمومی می باشد.
- اگر دکترای تغذیه (PHD تغذیه) در مهر قید شده باشد؛ ویزیت معادل پزشک عمومی می باشد.
- در صورتیکه متخصص تغذیه در مهر یا سربرگ قید شده باشد؛ فارغ از دارا بودن مهر به حرف ت، منوط به نظام پزشکی ۵رقمی ویزیت معادل پزشک متخصص می باشد و محدودیت یک بار در ماه اعمال نمی گردد.
- لفظ دکترای تخصصی تغذیه به مفهوم متخصص تغذیه نمی باشد. اگر دکترای تخصصی با مهر نظام پزشکی ن پ ت و ۳رقمی باشد، ویزیت معادل پزشک عمومی پرداخت می گردد.

➤ دارو

- به صورت کلی شامل داروهای مصرفی، خارجی، مکمل ها و تقویتی ها، داروهای گیاهی یا طبیعی می باشند.
- هر کدام از انواع دارو به شرح فوق بایستی به صورت مجزا و مستقل در قرارداد تحت پوشش قرار بگیرند.
- اگر پوشش به صورت طرح بی نام در قرارداد باشد؛ بیمه گذار طی نامه کتبی درخواست استفاده از این طرح را به اداره صدور رایحه نموده و پس از افزودن نام بیمار در لیست بیمه شدگان طرح بی نام، هزینه از سقف مربوطه بررسی می شود.
- داروهای خاص زیرمجموعه پوشش "**بیماریهای خاص**" میباشد. توضیحات تکمیلی مربوطه در سرفصل بیماریهای خاص رایحه گردیده است.
- توصیه می گردد کارشناسان خسارت با علایم اختصاری داروها و نحوه تشخیص داروهای آزاد و دولتی آشنا باشند.
- تمامی نسخ دارویی بایستی به تایید داروساز معتمد با توجه به شرایط توافقی در شرح قرارداد برسند.
- نسخ دارویی با هر مبلغی که باشد، فاکتور بدون مهر داروخانه غیر قابل پرداخت است.
- دارو در برگه های تبلیغاتی داروخانه ها غیر قابل پرداخت می باشد. (بدون نسخه پزشک تلقی می شود)
- داروهای آزاد پس از تایید داروساز معتمد و همواره با کسر فرانشیز برحسب قرارداد پرداخت میشوند. (در این موارد اصل دستور معادل فاکتور می باشد) عبارتند از :
 - داروهای هایی که در سربرگ پزشک یا مراکز درمانی قید شده باشند. (بدون اعلام کد ملی یا سهم سازمان)
 - داروهای که در برگ سبز دفترچه بیمه قید شده باشند. (نسخه با خودکار پزشک)
 - مبالغ قید شده روی نسخه های دارویی بایستی با خودکار یا چاپی (پرفراژ) باشند.
 - در ارقام بالا رایحه پوز بانکی و پرفراژ داروخانه بنابر صلاح دید داروساز معتمد و واحد پرداخت الزامی است.
 - در بیمه شدگان دارای دفترچه تامین اجتماعی به دلیل عدم وجود فیزیک دستور پزشک، صرفاً کد ملی بیمار در فاکتورهای داروخانه قید میگردد و سهم سازمان مشخص می شود. لذا استعلام از سیستم الکترونیک جهت رویت اصالت هزینه و پرداخت خسارت الزامی است.
 - در حال حاضر سیستم استعلام در فناوران ویژه تامین اجتماعی می باشد، در آینده با حذف دفترچه های خدمات درمانی همین روند نیز بایستی جهت هزینه های خدمات درمانی صورت پذیرد.
 - دقت به فاکتورهای ارسالی از سوی داروخانه الزامی است. در برخی از فاکتورها نوع فروش دارو مشخص شده است. مانند : نسخ آزاد، نسخ با بیمه، نسخ بهداشتی-آرایشی و
 - تمامی محصولات آرایشی بهداشتی، تمامی انواع شیرخشک، ملزومات پانسمان (گاز، بتادین، پنبه و ...)، تمامی قرص های مرتبط با لاغری اعم از گیاهی و شیمیایی، تمامی قرص ها و داروهای که برچسب وزارت بهداشت ندارند، غیرقابل پرداختند.
 - داروهای تقویت جنسی چه گیاهی و یا فرموله شده به صورت دارو غیرقابل پرداختند.
 - قرص های ضد بارداری Dian, Yasmin, Yaz, HD, LD, تری فازیک، لوونورسترول غیرقابل پرداختند.
 - لوازم مصرفی مانند چسب و دستکش و ... به عنوان دارو تلقی نمی گردد و غیرقابل پرداختند.
 - **املاح درمانی** شامل : منیزیم، روی، سلنیوم، کروم، آلومینیوم و منگنز به طور کلی غیرقابل پرداخت می باشند. در موارد خاص با توجه به جواب آزمایش، گواهی پزشک متخصص معالج، همراه با داروهای مرتبط و تائید داروساز معتمد؛ فقط نوع ایرانی آنها با کسر فرانشیز و حق العمل مربوطه معادل تزریق ساده در صورت پوشش در قرارداد قابل پرداخت می باشد به عنوان مثال:
 - آلومینیوم در بیماران کلیوی و دیالیزی
 - باریم سولفات به عنوان ماده حاجب
 - آهن در آنمی ها در کم خونی های شدید
 - کلسیم در پوکی استخوان شدید و استئوپروز منوط به رایحه آزمایشات مربوطه و تست تراکم استخوان
 - تزریق کلسیم و آهن دارای کد تعرفه مجزا بوده و در سرفصل تزریقات و سرم رایحه گردیده است.

داروی مصرفی و خارجی یا فرآورده های درمانی

- **داروی مصرفی :**
 - نسخ دارویی که مشمول سهم بیمه گر اول می باشد.
 - آن دسته از داروهای ایرانی که در فهرست مجاز داروهای کشور قرار داشته ولی در تعهد بیمه گر پایه نیست. مشروط به عدم وجود شرط مغایر در قرارداد با کسر فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود.
- **داروی خارجی :**
 - داروهای درمانی نوع خارجی که مشابه ایرانی ندارد، نوع خارجی با کسر فرانشیز مندرج در قرارداد قابل پرداخت است.
 - آن دسته از داروهای درمانی نوع خارجی که مشابه ایرانی داشته و در تعهد بیمه گراول نمی باشد، لازم است نوع ایرانی آن پس از کسر فرانشیز مندرج در قرارداد پرداخت گردد.
 - آن دسته از داروهای درمانی نوع خارجی که مشابه ایرانی داشته و در تعهد بیمه گراول نیز باشند لازم است سهم بیمه گراول معادل ۷۰٪ هزینه دارو کسر و مابقی + حق فنی پرداخت گردد.
- داروی خارجی به دارویی گفته می شود که با برند خارجی عرضه می گردد. شامل دو بخش است : ۱- دارو به صورت آماده به کشور وارد میگردد.
- ۲- مواد اولیه ساخت دارو به کشور وارد شده و در ایران بسته بندی می گردد.
- در بعضی موارد داروهای درمانی ایرانی که بیمه گر پایه به دلیل وجود نام های تجاری مختلف، ارزش دارو را کمتر از قیمت واقعی مبنای محاسبه قرارداد است مابه التفاوت مبلغ در تعهد بیمه تکمیلی است.
- شامپوها و صابون ها، لوسیون ها و محلول های اختصاصاً درمانی که خاصیت ضد قارچ آنتی باکتریال ضد شپش ضد التهاب و... مثل کتوکونازول، پرومترین، لیندان، پرتینینون زینک، لوسیون ها بتامتازون، کلوبتازول، کلوتری مازول، محلول های اریترومايسين، کلیندا مایسین و... نوع ایرانی قابل پرداخت است.
- سرم های بیمارستانی مثل آلبومین و intralipid و... در صورت بستری شدن بیمار در بیمارستان قابل استفاده بوده لذا از محل تعهدات داروی مصرفی غیرقابل پرداخت می باشد.
- داروهای استفاده شده در حین تصویربرداری : به صورت مستقل از هزینه اصلی در نظر گرفته می شود. تحت عنوان تصویربرداری مربوطه در تمامی قراردادها قابل پرداخت می باشند. مشروط براینکه دارای مهر داروخانه یا مرکز تصویربرداری در نسخه باشد. همچنین همزمان با هزینه اصلی بوده و دارای تایید داروساز معتمد باشد.
- برخی از اقلام دارویی به شرح زیر در پوشش داروی مصرفی قابل پرداخت می باشند :
 - قلم انسولین با تایید داروساز معتمد به همراه آزمایش قند خون بیمار
 - قطره ویتامین A+D، آهن، مولتی ویتامین، شربت روی و کلسیم در کودکان و نوزادان زیر ۷ سال (با نظر داروساز معتمد تا ۱۰ سال)
 - C-lax به عنوان ملین همراه داروهای مرتبط
 - شربت گیاهی آویشن : تیمیان، توسیان، پروسپان و... به عنوان ضد سرفه
 - پمادهای آنتی هموروئید گیاهی (آنتی فیشر، رکتول) زیرا کاملاً درمانی هستند
 - لیورگل جهت درمان بیماری کبد چرب
 - سیستون و نفروویت با تجویز پزشک اورولوژیست
- **داروها با اثر دوگانه :** در بعضی موارد داروها می توانند هم جنبه درمانی و هم زیبایی داشته و صرفاً در بحث درمانی طبق ضوابط داروی مصرفی قابل پرداخت می باشد. به عنوان مثال :
 - فیناستراید در بیماری های پروستات قابل پرداخت می باشد ولی در ریزش مو غیرقابل پرداخت است.
 - اسپرینولاکتون در کنترل فشارخون قابل پرداخت می باشد ولی در پرمویی خانم ها غیرقابل پرداخت است.
 - ونوستات در درمان کبد چرب با تجویز پزشک متخصص مربوطه و ارایه آزمایشات لازم قابل پرداخت می باشد ولی در درمان چاقی و نسخه تغذیه غیرقابل پرداخت است.
 - در درمان کیست خانم ها قرص کنتراسپتو منوط به تجویز متخصص زنان همراه داروهای مرتبط نوع ایرانی قابل پرداخت است.
 - داروهای سپیروترون کامپاند به عنوان تعدیل کننده هورمون های جنسی خانم ها با تجویز پزشک متخصص زنان همراه داروهای مرتبط نوع ایرانی قابل پرداخت است.
 - داروی زومتا برای پوکی استخوان با ارایه مستندات بیماری و تجویز آنکولوژیست مورد تایید است.
- داروهای ترکیبی با تجویز پزشک متخصص پوست و مو در صورتیکه جنبه درمانی داشته باشد، قابل پرداخت است.

- داروهای ترکیبی آماده مثل محلول میخچه، زگیل، الکلی بوریکه ۳٪، گلیسرین فنیکه و... با احراز درمانی بودن قابل پرداخت است.
- داروی هورمون رشد تنها در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه از انواع داروهای مصرفی می باشد.
- نسخه آزاد به هیچ عنوان قابل پرداخت نمی باشد زیرا استفاده از بیمه گر پایه الزامی است.
- در صورت پوشش "داروی هورمون رشد (مشروط به آزاد بودن خسارت)" به صورت مستقل در قرارداد (خرید توسط بیمه گذار با پرداخت حق بیمه اضافی)، خسارت پس از تایید داروساز معتمد با کسر فرانشیز تحت عنوان خود هزینه پرداخت می گردد.
- داروهای نازایی در صورت عدم تفکیک در قرارداد از بند تعهدات "نازایی" قابل پرداخت می باشند. (خسارت بیمارستانی می باشد)
- طبق دستور مدیریت محترم درمان جهت رضایت بیمه گذاران، در صورت عدم پوشش آیتم های "نازایی"، "داروی نازایی" و "طرح بی نام نازایی" در قرارداد؛ امکان پرداخت فقط داروی نازایی تحت عنوان داروی مصرفی وجود دارد.

تقویتی ها و مکمل ها

- شامل انواع ویتامین، ترمیم کننده های مفصل، روغن ماهی، شارک، کوآنزیم ها، جینکوتیدی و... می باشد. در صورت پوشش در تعهدات قرارداد نوع ایرانی با کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد به عنوان مثال :
- ترمیم کننده های مفصل در پوکی استخوان شدید همراه داروهای مرتبط با شرط تجویز توسط ارتوپد با ارایه گزارش سنجش تراکم استخوان
- مادهای ماساژ دپی، ice، فلفل به شرط تجویز ارتوپد با داروهای مرتبط
- مولتی ویتامین تراپوتیک در آنمی های شدید مینور و ماژور با ارایه سوابق بیماری و آزمایشات لازم
- omega3 روغن ماهی در بیماران آلزایمری همراه داروهای مرتبط با آلزایمر به شرط تجویز توسط متخصص مغز و اعصاب
- جینکوتیدی در بیماران آلزایمری همراه داروهای مرتبط با تجویز نورولوژیست
- Co Q10 کوآنزیم در نازایی همراه با داروهای مرتبط نازایی
- قرص گیاهی فمورال در بیماران آلزایمری و یا ضعف اعصاب همراه داروهای مرتبط با تجویز متخصص مربوطه

داروهای گیاهی یا طبیعی

- در صورت پوشش در تعهدات قرارداد نوع ایرانی با کسر فرانشیز قابل پرداخت است به عنوان مثال :
- قرص گیاهی نوروئید در صورت تجویز پزشک متخصص مغز و اعصاب با احراز عارضه سکنه مغزی

➤ خدمات اورژانس غیربستری

- در تمامی قراردادهایی که پوشش ویزیت و دارو را خریداری کرده باشند، تحت عنوان خود هزینه قابل پرداخت می باشد.
- اورژانس :** به مجموع خدمات فوریت های پزشکی اطلاق می گردد که با درمان های اضطراری یا انتقال مصدوم در خارج از محیط بیمارستان صورت پذیرد. می تواند شامل تریاژ، اتاق غربالگری اورژانس، بخش تحت نظر، بخش مراقبت های ویژه و نیز اتاق عمل سرپایی باشد. لذا علاوه بر بخش اورژانس بیمارستان ها درمانگاه هایی که این گونه شرایط را دارا باشند نیز به عنوان واحد اورژانس تلقی می گردند.
- در صورت بستری بیمار در بخش، اورژانس منجر به بستری می گردد. لذا هزینه به همراه پرونده بستری مربوطه پرداخت می گردد.
- تریاز :** روشی برای اولویت بندی مصدومان و بیماران است که طی آن بیماران بر اساس شدت وخامت حال و صدمات وارده به منظور برخورداری از خدمات درمانی سطح بندی می شوند. آشنایی با سطوح درمان به کارشناس خسارت در پرداخت و درخواست مدارک مورد نیاز کمک میکند.
- سطح ۱ و ۲ تریاژ : اقدامات فوری برای بیمارانی که فاقد علام حیاتی و یا دچار خونریزی شدید هستند.
- سطح ۳ تریاژ : بیمارانی که دارای علام حیاتی هستند و نیاز به درمان فوری دارند یا خونریزی خفیف دارند.
- سطح ۴ تریاژ : انجام درمان هایی مانند بخیه یا سونداژ.
- سطح ۵ تریاژ : انجام درمان های مربوط به سرماخوردگی یا بیماری های ویروسی.
- مدارک اورژانس بایستی شامل ریز صورتحساب درمانی، ریز اقلام دارو، گزارش های مربوطه، شرح حال بیمار یا برگه خلاصه پرونده باشد.
- ریز صورتحساب ممکن است شامل ویزیت، دارو، تزریق، سرم، کاتتر، سونداژ، فولی، پانسمان، دبریدمان، نوار قلب، تخت اورژانس، آزمایش، رادیوگرافی، سونوگرافی، اسکن و باشد.
- پس از بررسی مدارک و گزارشات مربوطه ریز به ریز آیتم ها با تعرفه سنجیده شده، کسورات قانونی کسر می گردد و سپس رقم نهایی با یا بدون کسر فرانشیز با توجه به نوع فاکتور تحت عنوان "هزینه اورژانس غیر بستری" پرداخت می گردد.
- طبق مصوبه هیات وزیران جزء حرفة ای خدمات ارایه شده در بخش اورژانس، صرفاً جهت متخصص طب اورژانس، مطابق ضریب ریالی جزء حرفة ای بستری یا جراحی محاسبه می گردد. به عبارتی دیگر در این شرایط از ضریب ریالی سرپایی یا # استفاده نمی شود.
- فاکتورهای اورژانس که جداگانه، اما با تاریخ یکسان صادر شده اند بایستی در مجموع یک صورتحساب در نظر گرفته شوند.

- اگر در فاکتور اورژانس صرفاً یک مورد هزینه ارایه شده باشد؛ هزینه اورژانس تلقی نمی گردد. لذا با توجه به خدمت ارایه شده و شرایط قرارداد تحت عنوان خود هزینه پرداخت می گردد.
- ویزیت بیماران در تمامی سطوح ۱ الی ۵ تریاژ برابر ویزیت سرپایی با توجه به درجه پزشک در مهر می باشد.
- ویزیت محدود بیماران سطح ۳ و ۴ تریاژ صرفاً جهت متخصص طب اورژانس کد تعرفه ۹۰۱۹۴۸ محاسبه می گردد. لازم به ذکر است طبق توضیحات قید شده ضریب ریالی در بخش خصوصی ۲۰٪ بالاتر محاسبه می گردد. در صورت اعمال این کد تعرفه، فقط یک عدد ویزیت پرداخت می شود.
- ویزیت جامع بیماران سطح ۱ و ۲ تریاژ در تمامی بیمارستان ها صرفاً جهت متخصص طب اورژانس کد تعرفه ۹۰۱۹۴۹ محاسبه می گردد. لازم به ذکر است طبق توضیحات قید شده ضریب ریالی در بخش خصوصی ۲۰٪ بالاتر محاسبه می گردد.
- در بیمارستان های تک تخصصی در صورت ویزیت سایر متخصصان کد تعرفه ۹۰۱۹۴۹ هم قابل محاسبه می باشد. لازم به ذکر است طبق توضیحات قید شده ضریب ریالی در بخش خصوصی ۲۰٪ بالاتر محاسبه می گردد.
- تعرفه کاتتر، فولی و سونداژ مثانه به میزان K# ۱ می باشد.
- پالس تراپی در صورتی که کمتر از ۶ ساعت و در واحد اورژانس باشد؛ با تایید پزشک معتمد معادل نوار قلب پرداخت می گردد.
- هولتر مانیتورینگ های قلب در فاکتورهای اورژانس تنها در صورت داشتن گزارش کد تعرفه ۹۰۰۷۷۱ پرداخت می گردد.
- تزریقات و سرم یا انفوزیون مستقل از اورژانس غیربستری می باشند. توضیحات تکمیلی مربوطه در سرفصل تزریقات و سرم ارایه گردیده است.

*** نکات خدمات دندان پزشکی

- شامل درمان ریشه یا اندو، ترمیم یا فیلینگ، پروتز ثابت یا روکش، پروتز متحرک یا دندان مصنوعی، جراحی لثه یا پریو، جرمگیری و بروساژ، کشیدن دندان با یا بدون جراحی، ایمپلنت، ارتودنسی، جراحی های مرتبط با دندان پزشکی می باشد.
- هر کدام از انواع درمان به شرح فوق بایستی به صورت مجزا و مستقل در قرارداد تحت پوشش قرار بگیرند.
- دندان پزشکی اطفال از زیرمجموعه های پوشش دندان پزشکی-ترمیم می باشد.

➤ مدارک مورد نیاز

(۱) درمان های عمومی دندانپزشکی:

- ارایه اصل گواهی دندانپزشک معالج مبنی بر نوع اقدامات انجام شده و مهر دندانپزشک در سربرگ معتبر (دارای تلفن و آدرس مطب)
- ارایه رادیوگرافی قبل یا حین درمان و بعد درمان به صورت همزمان بابت درمان های زیر :
- درمان ریشه حتی یک واحد (ارایه گرافی حین درمان به همراه قبل یا بعد از درمان نیز مورد قبول است)
- روکش دندان بیش از یک واحد
- جراحی دندان های عقل و نهفته
- جراحی در بافت سخت
- پروتز ثابت و متحرک (گرافی با و بدون پروتز الزامی است. امکان ویزیت حضوری بیمار نیز به همراه پروتز وجود دارد)
- ترمیم بیش از ۴ دندان
- جراحی لثه

(۲) درمان تخصصی ایمپلنت :

- OPG یا CBCT قبل و بعد از درمان (نصب فیکسچر یا روکش)
- گواهی کامل شرح هزینه درمان دارای ریز مبالغ پرداختی بیمار با تاریخ های پرداخت

(۳) درمان تخصصی ارتودنسی:

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| الف : ارتودنسی متحرک | ب : ارتودنسی ثابت |
| مدارک مورد نیاز جهت تائید: | مدارک مورد نیاز جهت تائید: |
| ۱- OPG قبل از درمان | ۱- OPG قبل از درمان |
| ۲- OPG یا فتوگرافی با پلاک متحرک | ۲- سفالومتری |

➤ مباحث آموزشی و کارشناسی

- با توجه به اینکه هزینه های دندانپزشکی غالباً بدون پرینت کامپیوتری و به صورت دست نوشته می باشد، در صورت لزوم، استعلام در خصوص اصالت هزینه ها و نیز اصالت فاکتور (پزشک، مطب و ...) به عمل آید.
- ریز اعمال دندان پزشکی به تفکیک در ادامه ارایه گردیده است. جهت تعیین ماهیت نوع درمان در زمان پرداخت خسارت یا صدور معرفی نامه حتماً به اطلاعات مربوطه مراجعه گردد.
- تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش های غیرخصوصی (دولتی، عمومی غیردولتی و خیریه) معادل ۸۰٪ تعرفه مصوب سندیکا تعیین می گردد.
- تعرفه های مصوب سندیکا حداکثر سقف تعرفه می باشند لذا بیمه گران مجاز می باشند بر اساس موقعیت جغرافیایی، امکانات و تجهیزات و سطح کیفی خدمات مراکز درمانی نسبت به تعدیل تعرفه های فوق اقدام نمایند.
- هزینه های دندانپزشکی تنها در صورت تایید دندان پزشک معتمد بیمه آسیا قابل پرداخت خواهد بود.
- به منظور تسهیل و تسریع در پرداخت خسارات بیمه گذاران در خصوص هزینه های صرفاً تک موردی از قبیل ترمیم (یک مورد)، روکش (یک مورد)، کشیدن ساده، جرمگیری-بروساژ و فلوراید تراپی؛ جهت تایید به دندان پزشکان معتمد ارجاع نگردد و توسط کارشناسان خسارت یا ارزیاب طبق تعرفه دندان پزشکی و راهنمای جامع محاسبه و پرداخت شوند.
- در صورتیکه بیمه شده در سال قبل تحت پوشش بیمه آسیا یا سایر بیمه های مکمل از قبیل البرز، دانا و... بوده است در زمان پرداخت هزینه-های دندانپزشکی مانند: روکش، ایمپلنت و مخصوصاً ارتودنسی استعلام سوابق پرداختی از طریق سایت بیمه ها الزامی است.
- توصیه می شود به بیمه شدگان اطلاع رسانی نموده که فاکتورهای دندان پزشکی کامل و دارای تمام جزییات درمان انجام شده باشند. (هر درمان تعرفه مختص به خود را دارد)
- جهت درمان هایی که بازه زمانی طولانی داشته اما در زمان انتهای قرارداد انجام می شوند، پرداخت خسارت بایستی منوط به مجوز از روسای شعب صورت پذیرد.
- فاکتورهای دندان پزشکی بایستی در سربرگ معتبر دندان پزشک (دارای آدرس و تلفن) یا در صورت حساب های ممهور و کامل مراکز درمانی باشد. به عبارتی دیگر ثبت هزینه دندان پزشکی در برگ دفترچه بیمه بدلیل نداشتن مشخصات دندانپزشک غیرقابل پرداخت خواهند بود.
- معمولاً مهر یا سربرگ دندانپزشکان دارای لفظ "دندان پزشک" یا "DDS یا PPS" می باشد.
- در فاکتور هزینه های مربوط به درمانگاه یا کلینیک های دندانپزشکی، علاوه بر مهر مراکز فوق وجود مهر دندانپزشک معالج نیز الزامی است.
- تعیین تعرفه و همچنین محاسبه و ثبت هزینه های دندانپزشکی صرفاً براساس عنوان تخصص دندان پزشک که در مهر دندانپزشک قید شده است مشخص می گردد. به عنوان مثال : تعرفه تخصصی ترمیم تنها به متخصص ترمیم و زیبایی پرداخت می گردد. (در صورتی که نسبت به تخصص دندانپزشک شبهه ای وجود داشته باشد از سایت نظام پزشکی قابل استعلام خواهد بود)
- چنانچه هزینه توسط متخصص سایر رشته ها باشد، تعرفه عمومی در نظر گرفته شود.
- در اغلب مهر دندانپزشکان عنوان "جراح-دندان پزشک"، ثبت شده که در اصل همان دندانپزشک عمومی تلقی می گردد.
- هزینه های مربوط به دندان پزشک تجربی و دندان ساز غیرقابل پرداخت می باشد.
- ارایه رادیوگرافی اطفال کمتر از ۱۲ سال الزامی ندارد. مگر در موارد خاص به صلاحدید دندان پزشک معتمد گرافی پس از کار الزامی است.
- پالپکتومی دندان شیری تا دو دندان بدون ارایه رادیوگرافی قابل پرداخت است.
- بروساژ و فلوراید تراپی اطفال هر ۶ ماه یک بار قابل پرداخت می باشد.
- جرمگیری صرفاً برای بیماران بالای ۱۲ سال و تنها یک بار در سال و در طول قرارداد قابل پرداخت می باشد.
- جرمگیری مجدد فقط با ارایه گواهی از دندان پزشک معالج مبنی بر علت انجام و تایید دندان پزشک معتمد قابل بررسی خواهد بود.
- کنترل استعلام خسارت بیمار بابت جرمگیری و بروساژ قبل از پرداخت الزامی است.
- بابت درمان هر واحد دندان تنها دو عدد رادیوگرافی پری اپیکال قابل پرداخت می باشد.
- به دلیل پرداخت ترمیم کمتر از ۴ دندان بدون رادیوگرافی، کنترل استعلام خسارت بیمار در زمان پرداخت خسارت الزامی است. در صورت تعدد هزینه ترمیم با فاکتورهای مجزا، ارایه رادیوگرافی (جهت ترمیم کمتر از ۴ دندان) نیز الزامی می باشد.
- جهت بررسی و پرداخت هزینه روکش استیل ضد زنگ یا SSC و فضا نگهدارنده یا SM معاینه بیمار یا ارایه فتوگرافی پس از درمان الزامیست.

- پرداخت هزینه دست دندان یا دندان مصنوعی یا پروتز متحرک با ارایه فتوگرافی قبل و بعد از درمان به صورت همزمان یا ویزیت بیمار یا گرافی با و بدون پروتز صورت خواهد گرفت.
- در بررسی خسارات مراکز طرف قرارداد؛ معاینه حضوری بیمار قبل از صدور معرفی نامه الزامی است.
- چنانچه رادیوگرافی در فاکتور دندان پزشکی قید شده باشد در دو حالت قابل بررسی خواهد بود :
 - (۱) اگر مبلغ تفکیک شده باشد ← موارد با اعمال تعرفه محاسبه و هر هزینه تحت عنوان مربوطه در صورت پوشش در قرارداد پرداخت میگردد.
 - (۲) اگر مبلغ تفکیک نشده باشد ← مبلغ تعرفه رادیوگرافی از جمع کل پرداختی بیمار کسر شده و با کسر فرانشیز تحت عنوان رادیوگرافی پرداخت می شود. مبلغ باقی مانده به عنوان هزینه دندان پزشکی ملاک محاسبه قرار می گیرد.
- توضیحات تکمیلی مربوط به ویزیت دندانپزشکی در سرفصل ویزیت ارایه گردیده است.
- بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی با تایید پزشک معتمد (رویت چارت بیهوشی) از سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد.
- منظور از خدمات بیهوشی در حین دندانپزشکی صرفاً آن دسته از خدمات است که شرایط استاندارد اتاق عمل مجهز به تجهیزات بیهوشی و حضور متخصص بیهوشی و ارایه برگه القاء استاندارد بیهوشی باشد. لذا تایید پزشک معتمد و دندان پزشک معتمد الزامیست.
- خدمات بیهوشی صرفاً برای گروه های زیر قابل بررسی می باشد :
- کلیه معلولین ذهنی و جسمی
- در موارد (Phobia ترس ذهنی) و بیماران غیر همکار صرفاً برای سنین کمتر از ۷ سال
- خرابی دندان در گرافی به صورت فضایی تیره و سیاه رنگ مشخص می شود.
- نحوه تشخیص نوع ترمیم در رادیوگرافی دندان :
- ترمیم آمالگام فلزی بوده لذا در عکس به صورت کاملاً روشن و مشخص دیده می شود.
- ترمیم کامپوزیت در عکس ها تیره تر و کدر رنگ دیده می شود.
- در صورتی که در فاکتور نوع ترمیم مشخص نشده باشد، ملاک محاسبه ترمیم آمالگام می باشد.
- چنانچه در فاکتور سطح ترمیم مشخص نشده باشد، ملاک محاسبه ترمیم دو سطحی خواهد بود.
- پالپ کپ یا IDPC به دلیل عدم وجود در تعرفه قابل پرداخت نمی باشد.
- کامپوزیت ونیر به دلیل آن که جنبه زیبایی دارد غیر قابل پرداخت می باشد.
- بالاترین سطح ترمیم تعرفه سه سطح می باشد.
- بیلدآپ عبارتست از : بازسازی مجدد ساختمان از دست رفته دندان به کمک مواد ترمیمی از جمله آمالگام و کامپوزیت
- در صورت ترمیم دندان و قراردادن پست تنها یک مبلغ معادل تعرفه "فایبر پست همراه ترمیم" قابل پرداخت میباشد.
- پست دندان زیر روکش با پهنای مشخصی دیده می شود. تفاوت پین داخل کانال و پست در گرافی به واسطه لبه های موج پین می باشد.
- فنرهای عصب کشی در کانال های دندان نشان دهنده تعداد کانال های مورد درمان قرار گرفته می باشد.
- در برخی موارد که تعداد کانال رویت شده در گرافی با نسخه پزشک متفاوت باشد، به دلیل امکان آنکه روهم افتادگی در عکس وجود دارد، ملاک محاسبه تعداد کانال قید شده در نسخه پزشک میباشد.
- درمان ریشه مجدد در گرافی ها به صورت تغییر شکل مسیر کانال قبلی و تغییر پهنای کانال مشهود است.
- بریج به مجموعه روکش ها گفته می شود. به عبارتی دیگر ترکیب روکش ثابت و روکش پونتیک را می گویند.
- روکش در گرافی به وسیله سطح صاف دندان و رنگ روشن مشخص می شود.
- هزینه های لابراتوار در پرداخت روکش بایستی با توجه به شرح خدمت مربوطه در تعرفه دندان پزشکی در نظر گرفته شوند.
- روکش پونتیک در گرافی ها مانند یک پل بین دو دندان دیگر دیده می شود. معمولاً وقتی چندین دندان در کنار هم نیاز به روکش داشته باشند؛ دندان های ابتدایی و انتهایی روکش ثابت و دندان های مابینی (فضای خالی) پونتیک می باشند. در مجموع بریج چند واحدی معادل های هم نام درمان های دندان پزشکی عبارتند از :

درمان ریشه	Endo ، RCT ، ROT ، اندو، عصب کشی، روت کانال،
کشیدن	Exit
روکش عادی	PFM ، پروتز ثابت،
روکش پونتیک	دندان جایگزین شونده
ترمیم دو سطحی	Do ، Mo
ترمیم سه سطحی	Mod
ترمیم دندان	پر کردن، فیلینگ، بازسازی، AF ، CF

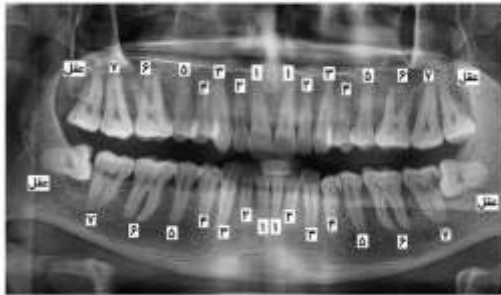
- افزایش طول تاج دندان یا CL در گروه جراحی لثه قرار می گیرد.
- در کشیدن دندان عقل احتمال جراحی وجود دارد. در صورتی که نیاز به جراحی باشد؛ اگر قسمتی از دندان با استخوان پوشیده شده باشد جراحی نسج نرم و اگر سطح بیشتر یا تمام سطح دندان توسط استخوان پوشیده شده باشد جراحی نسج سخت مورد تایید است.
- هزینه بخیه با جراحی دندان قابل پرداخت نمی باشد.
- شماره گذاری های دندان در گرافی ضمیمه شده مشخص شده اند. دسته بندی دندان ها عبارتند از :

دندان های قدامی : در بزرگسالان شماره های ۱ و ۲ و ۳ - در اطفال شماره های A و B و C

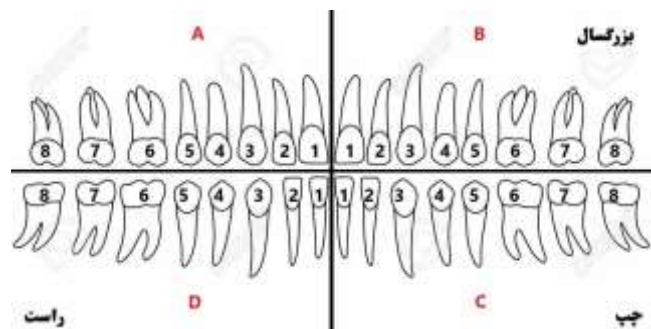
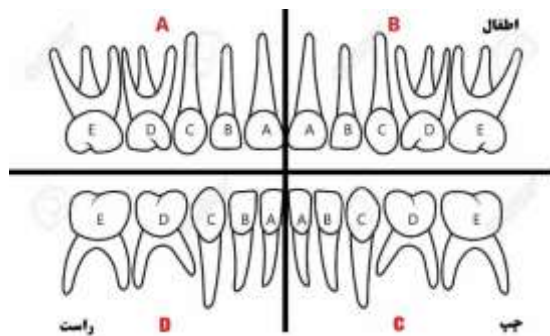
دندان های خلفی : در بزرگسالان شماره های ۴ و ۵ و ۶ و ۷ - در اطفال شماره های D و E و F

دندان عقل : شماره دندان ۸

رادیوگرافی پانورمیک بزرگسالان



رادیوگرافی پانورمیک اطفال



جارت ششایی دندانها (اطفال)

دندانهای اطفال (شیری) فک بالا

نوع نوشتن گواهی دندانپزشک	نیت در سیستم فن آوران	نوع نوشتن گواهی دندانپزشک	نیت در سیستم فن آوران
چپ بالا	A	راست بالا	BA
چپ بالا	B	راست بالا	BB
چپ بالا	C	راست بالا	BC
چپ بالا	D	راست بالا	BD
چپ بالا	E	راست بالا	BE

دندانهای اطفال (شیری) فک پایین

نوع نوشتن گواهی دندانپزشک	نیت در سیستم فن آوران	نوع نوشتن گواهی دندانپزشک	نیت در سیستم فن آوران
چپ پایین	A	راست پایین	CA
چپ پایین	B	راست پایین	CB
چپ پایین	C	راست پایین	CC
چپ پایین	D	راست پایین	CD
چپ پایین	E	راست پایین	CE

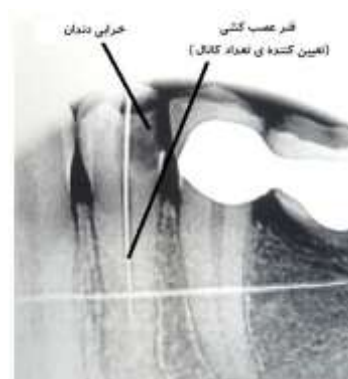
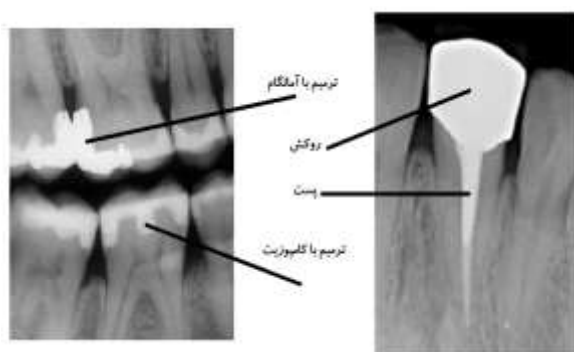
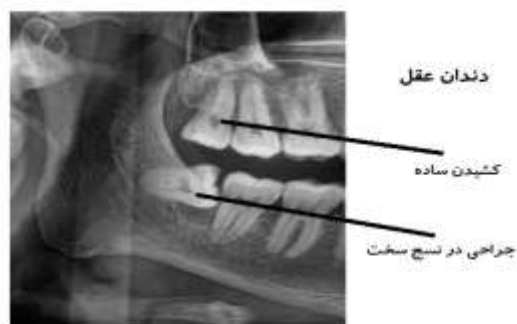
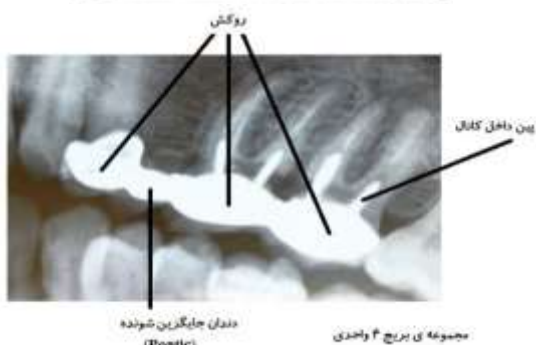
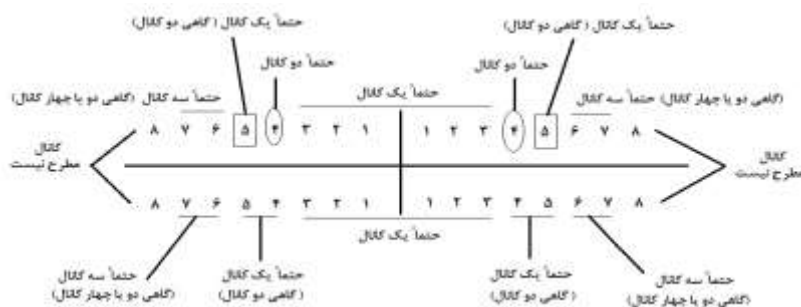
جارت ششایی دندانها (بزرگسال)

دندانهای دائمی فک بالا

نوع نوشتن گواهی دندانپزشک	نیت در سیستم فن آوران	نوع نوشتن گواهی دندانپزشک	نیت در سیستم فن آوران
چپ بالا	1	راست بالا	B1
چپ بالا	2	راست بالا	B2
چپ بالا	3	راست بالا	B3
چپ بالا	4	راست بالا	B4
چپ بالا	5	راست بالا	B5
چپ بالا	6	راست بالا	B6
چپ بالا	7	راست بالا	B7
چپ بالا	8	راست بالا	B8

دندانهای دائمی فک پایین

نوع نوشتن گواهی دندانپزشک	نیت در سیستم فن آوران	نوع نوشتن گواهی دندانپزشک	نیت در سیستم فن آوران
چپ پایین	1	راست پایین	C1
چپ پایین	2	راست پایین	C2
چپ پایین	3	راست پایین	C3
چپ پایین	4	راست پایین	C4
چپ پایین	5	راست پایین	C5
چپ پایین	6	راست پایین	C6
چپ پایین	7	راست پایین	C7
چپ پایین	8	راست پایین	C8



ایمیلنت ➤

- شامل دو مرحله می باشد : ۱- جراحی و نصب فیکسچر ۲- نصب روکش متکی بر ایمپلنت
- هر مرحله از درمان با ارایه مدارک مستقل و منوط به پوشش در تاریخ قرارداد، پرداخت می گردد.
- بهتر است Lable یا برچسب فیکسچر روی فاکتور چسبانده شده باشد.
- فاکتور ارایه شده بایستی شامل کل هزینه درمان و صورتحساب ریز مبالغ پرداخت شده بیمار بر حسب تاریخ پرداخت باشد.
- در صورتی که فیکسچر در طول قرارداد گذشته نصب شده باشد، در طول قرارداد جدید صرفاً هزینه روکش قابل پرداخت خواهد بود.
- چنانچه قرارداد فاقد تعهدات ایمپلنت باشد در حالی که پوشش روکش و پروتز داشته باشد، در صورت ارایه هزینه ایمپلنت می توان با رعایت سایر موارد ذکر شده، صرفاً هزینه روکش ایمپلنت را در غالب روکش ساده PFM پرداخت نمود.
- ثبت در سیستم تحت عنوان خود هزینه و شماره دقیق دندان الزامی است.

➤ ارتودنسی

- شامل دو نوع درمان می باشد :
- ۱- ارتودنسی متحرک $\Leftarrow$ OPG (پانورکس) قبل از شروع درمان، OPG یا فتوگرافی با پلاک متحرک و مشخص بودن تاریخ شروع درمان در گواهی پزشک جهت پرداخت هزینه الزامی هستند.
- ۲- ارتودنسی ثابت $\Leftarrow$ OPG (پانورکس) قبل از درمان، OPG یا فتوگرافی حین درمان، رادیوگرافی سفالومتری و مشخص بودن تاریخ شروع درمان در گواهی پزشک جهت پرداخت هزینه الزامی هستند.
- ارتودنسی ثابت فک بالا و پایین هر کدام به صورت جداگانه قابل پرداخت هستند.
- پلاک های متحرک یا ریتینر بعد از اتمام ارتودنسی ثابت به عنوان ادامه درمان ارتودنسی ثابت محسوب می گردد.
- فاکتور ارایه شده برای ارتودنسی بایستی شامل هزینه کل درمان و صورتحساب ریز مبالغ پرداخت شده بیمار بر حسب تاریخ پرداخت باشد.
- فاکتور ارایه شده بایستی شامل هزینه کل درمان و صورتحساب ریز مبالغ پرداخت شده بیمار بر حسب تاریخ پرداخت باشد. ارایه گردش بانکی یا پوز بانکی معتبر الزامی است.
- دندان پزشک معتمد براساس عکس های ارایه شده، تاریخ دقیق درمان و مرحله درمان را مشخص خواهد کرد.
- همواره ملاک انتخاب تعرفه ارتودنسی؛ تعرفه سالی می باشد که درمان در آن شروع گردیده است.
- در خصوص تاریخ انجام هزینه در فاکتورهای ارتودنسی ممکن است یکی از پنج حالت زیر بوجود آید. جهت پرداخت خسارت علاوه بر مدارک اعلام شده، گواهی پزشک معالج به شرح زیر نیز بایستی ارایه گردد :

۱- شروع درمان قبل از قرارداد جاری بیمه گذار :

گرافی های قبل و حین درمان، فاکتور کلی هزینه (توافق اصلی بیمار با پزشک معالج)، فاکتور مبالغ واریز شده توسط بیمار از زمان شروع درمان به صورت پوز بانکی یا گردش حساب (صرفاً هزینه هایی قابل بررسی و پرداخت می باشند که مربوط به تاریخ قرارداد جاری هستند)

۲- شروع درمان در حین قرارداد جاری بیمه گذار :

گرافی های قبل و حین درمان دارای برکت، فاکتور کلی هزینه (توافق اصلی بیمار با پزشک معالج)، فاکتور مبالغ واریز شده توسط بیمار از زمان شروع درمان به صورت پوز بانکی یا گردش حساب

۳- پایان درمان قبل از قرارداد جاری بیمه گذار :

با توجه به این که اتمام کار درمان ارتودنسی قبل از قرارداد می باشد لذا هیچ گونه هزینه ایی قابل پرداخت نمی باشد.

۴- پایان درمان در حین قرارداد جاری بیمه گذار :

گرافی های قبل، حین کار و پایان کار با و بدون برکت، فاکتور کلی هزینه (توافق اصلی بیمار با پزشک معالج)، فاکتور مبالغ واریز شده توسط بیمار از زمان شروع درمان به صورت پوز بانکی یا گردش حساب و سابقه پرداخت از طرف بیمه گر در صورت وجود

۵- شروع درمان در قرارداد قبلی نزد بیمه آسیا و ادامه درمان در حین قرارداد جاری بیمه گذار :

گرافی های قبل، حین کار و پایان کار با و بدون برکت، فاکتور کلی هزینه (توافق اصلی بیمار با پزشک معالج)، فاکتور مبالغ واریز شده توسط بیمار از زمان شروع درمان به صورت پوز بانکی یا گردش حساب، استعلام خسارت مربوط به قرارداد قبلی بیمه شده. با توجه به مبلغ مشخص شده در فاکتور کلی و مبالغ پرداخت شده در قرارداد قبل و در نظر داشتن سقف تعهد قرارداد جاری؛ هزینه بر اساس تعرفه های قرارداد قبلی (سال گذشته) محاسبه و پرداخت می گردد.

ریز اعمال دندان پزشکی بر مبنای گروه درمانی

ترمیم

ترمیم آمالگام ، کامپوزیت --- بیلدآپ تاج با آمالگام ، با کامپوزیت --- کامپوزیت ونیر
پین داخل عاج هر عدد ، داخل کانال هر عدد --- اسپلینت کامپوزیت هر دندان
بستن دیاستم قدامی --- استریپ هر دندان --- روکش استیل ضد زنگ SSC
SM ثابت دو طرفه (لینگوال آرچ) --- SM ثابت یک طرفه (بند و لوپ) فضا نگهدارنده Space Maintainer
پالپوتومی دندان شیری --- بروساز و فلوراید تراپی هر فک (اطفال) --- فیشور سیلنت هر دندان
ترمیم آمالگام ، کامپوزیت دندان شیری --- پالپکتومی دندان شیری قدامی ، خلفی

درمان ریشه

پالپوتومی اورژانس (دندان دائمی) --- درمان ریشه --- درمان مجدد ریشه
رزکسیون و رتروگرید ریشه --- اپکسیفیکیشن دندان دائمی (کل جلسات) --- اپکسوزنزیس هر دندان
درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement --- آمپوتاسیون ریشه --- همی ساکشن و قطع ریشه

کشیدن با یا بدون جراحی

کشیدن دندان قدامی (دائمی)، خلفی (دائمی) --- کشیدن دندان قدامی (شیری)، خلفی (شیری)
جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم، در نسج سخت

جرم گیری و بروساژ

بروساژ هر فک --- جرمگیری کامل یک فک (بزرگسال)، دو فک (بزرگسال)

پروتز متحرک (دندان مصنوعی)

دست دندان --- پروتز آکرلیکی تا دو دندان (فیلیپر) --- پلاک کرم کبالت هر فک
پارسیل آکرلیکی تا پنج دندان، به ازای هر دندان اضافه --- پروتز نیم دست دندان
تعمیر پروتز شکسته --- ریلاین هر فک

پروتز ثابت (روکش)

فایپر پست + ترمیم --- پروتز ثابت هر واحد PFM (دندان پایه) --- پروتز ثابت پونتیک PFM Pontic هر واحد
روکش تمام پرسنل و یا زیر کونیوم --- پرسنل لامینیت --- پست ریختگی
خارج کردن - چسباندن بریج و روکش های قدیمی --- خارج کردن هر پین یا پست --- نایت گارد

جراحی های مرتبط با دندانپزشکی

آلوئولوپلاستی نیم فک --- فرنکتومی فک بالا، فک پایین
جراحی کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی --- باز کردن آسپه داخل دهان
درمان درای ساکت (هر جلسه) --- اکسپوز کردن دندان
بیوپسی از بافت نرم، بافت سخت --- جراحی سینوس باز --- بخیه هر ناحیه

جراحی لثه (پریو)

افزایش طول تاج همراه با فلپ --- جراحی فلپ نیم فک، فلپ ۶/۱ فک
جراحی پیوند لثه به ازای هر دندان اضافه مجاور --- عمیق کردن وستیبیل نیم فک --- دیستال وج

ایمپلنت

جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح) --- هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرن کوپینگ
پروتز تک واحدی روی هر ایمپلنت --- پروتز جایگزین شونده (پونتیک) هر واحد
هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ --- آوردنچر روی ایمپلنت هر فک
پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی
سینوس لیفت به روش Close و Open همراه بیومتریال هر طرف

ارتودنسی

ارتودنسی ثابت هر فک، دو فک --- ارتودنسی هر فک با پلاک متحرک
ارتودنسی کامل فکین در بیماران ارتوسرجری
پلاک فانکشنال --- ریتینر ثابت یا متحرک (هر فک) --- دستگاه عادت شکن

*** نکات عینک طبی و لنز تماسی طبی

- جهت پرداخت عینک طبی و لنز تماسی طبی، ارایه اصل دستور ایتومتریست یا چشم پزشک معالج (متخصص یا بالاتر) مهور به مهر پزشک و اصل فاکتور عینک فروشی الزامی است.
- حداکثر فاصله مجاز بین تاریخ دستور پزشک و تاریخ فاکتور خرید عینک ۳ الی ۴ ماه می باشد.
- با توجه به اینکه فاکتورهای عینک غالباً بدون پرینت کامپیوتری و به صورت دست نوشته می باشد، در صورت لزوم استعلام های لازم در خصوص اصالت هزینه ها به عمل آید، از قبیل تماس یا مراجعه به پزشک و عینک فروشی یا مراجعه حضوری بیمه شده جهت معاینه و...
- در صورتی که بیمه شده در طول قرارداد دو مرتبه هزینه عینک ارسال نماید، خسارت دوم با در نظر داشتن مانده سقف تعهد خسارت و مشروط به تغییر شماره چشم (بالاتر از ۵، ۰ نمره) با تایید پزشک معتمد قابل پرداخت خواهد بود.
- اگر در دستور پزشک کلمه "ADD" وجود داشته باشد یا "OS-OD" دو مرتبه ثبت شده باشد؛ بدین معنی است که عینک دو دید میباشد.
- خرید لنز و عینک از پزشک متخصص یا ایتومتریست (عدم ارایه فاکتور عینک فروشی) غیر قابل پرداخت می باشد.
- فاکتور عینک فروشی بایستی در سربرگ معتبر دارای آدرس کامل و تلفن باشد.
- رسید فروش غیر قابل پرداخت می باشد، مگر آن که مهر عینک فروشی قید شده شامل هم آدرس و هم شماره تلفن عینک فروشی باشد.
- فاکتورهای پخش کننده فاقد اعتبار پرداخت هستند.
- کنتاکت لنز یا عدسی تماسی خارج چشمی در صورت طبی بودن، همانند عینک پرداخت می گردد.

- ارایه شماره چشم (پرینت کامپیوتری یا دست نویس پزشک) همانند عینک الزامی است.
- کنتاکت لنز پانسمانی و لنز پانسمانی غیر قابل پرداخت می باشد.
- در صورتی که بنا بر صلاح دید واحد خسارت رویت و کنترل عینک خریداری شده الزامی است؛ بایستی بیمه شده را به یکی از چشم پزشکان یا عینک فروشی های طرف قرارداد جهت تایید شماره عینک و دستور پزشک ارجاع داد.
- کنترل استعلام خسارت خانواده بیمه شده در زمان پرداخت خسارت عینک الزامی است. در صورت استفاده تمام اعضای خانواده از عینک (حتی در زمان های متفاوت) بایستی عینک ها جهت تایید درخواست شوند.
- لنز استار چشم معادل IOL MASTER چشم بوده و تحت عنوان سونوگرافی چشم پرداخت می گردد.
- محاسبه لنز TORIC معادل IOL MASTER چشم بوده لذا در صورت همزمانی با این هزینه غیر قابل پرداخت می باشد.
- لنز فولدبل هزینه مربوط به جراحی کاتاراکت چشم بوده و همراه پرونده بستری قابل پرداخت می باشد.
- تعیین شماره لنز داخل چشمی یا فیکیک از اعمال بستری می باشد.

*** نکات سمعک

- قید سمت گوش (چپ یا راست) در دستور پزشک و نیز فاکتور ارایه شده الزامی است.
- سمعک شامل ارزش افزوده نبوده لذا در صورت شارژ در فاکتور کسر می گردد.
- مدارک لازم جهت پرداخت هزینه سمعک عبارتند از :
 - اصل فاکتور چاپی شامل مشخصات کامل خریدار و فروشنده (صادر کننده فاکتور شرکت حامی وارد کننده سمعک باشد) دارای کد اقتصادی معتبر (کد دارای تاییدیه از سازمان مالیاتی باشد)
 - گزارش شنوایی سنجی
 - دستور پزشک متخصص مربوطه (معمولاً گوش و حلق و بینی)
 - کارت گارانتی سمعک (دارای تاریخ شروع و مدت اعتبار، جزییات مدل قید شده باشد، سریال سمعک با گارانتی تطابق داشته باشد)
- در صورت خرید از اودیولوژیست هزینه سمعک غیر قابل پرداخت می باشد. مگر در صورت ارایه فاکتور معتبر
- سمعک بایستی از مراکز مربوطه و مورد تایید تهیه شود. فاکتور بایستی ممهور به مهر فروشنده، اودیولوژیست و پزشک معالج باشد.
- مهلت ارایه هزینه سمعک از تاریخ انجام هزینه ۸ ماه می باشد. لذا در صورتی که بیمار قصد استفاده از سهم بیمه گر اول را داشته باشد؛ بایستی قبل از انقضای مدت مذکور نسبت به دریافت سهم خود (قبل از ارایه به بیمه آسیا) اقدام نماید.
- شرکت های مورد تایید و حامی سمعک :
 - مارک Resound دانمارک : شرکت تاراطب مهر
 - مارک Siemens آلمان، Sonic ، Audio Servis ، Rexton : شرکت فن آذرخش (معمولاً فاکتور نمی دهد)
 - مارک Oticon دانمارک : شرکت آلتون شنوا و برنافون شنوا
 - مارک Unitron سویس : شرکت بهکاران عرصه
 - مارک Widex دانمارک : شرکت پرشیا سمعک
 - مارک Phonak سویس : شرکت ندا سمعک
 - مارک Interton سویس : شرکت آواگستر سبحان
 - مارک Hanasaton آلمان : شرکت ماسای پارس تجهیز

*** نکات جراحی های مجاز سربابی

➤ شکستگی، دررفتگی، جاندازی و گچ گیری

- در هزینه های غیر متعارف و با تشخیص پزشک معتمد، ارایه رادیوگرافی مربوطه و شرح حادثه معتبر الزامی است.
- انواع آتل از زیر مجموعه های این گروه بوده و به همین نام در سیستم ثبت و پرداخت می گردد.
- آسیب یا پارگی تاندون یا لیگامان در صورت نیاز به گچ گیری با تایید پزشک معتمد تحت عنوان گچ گیری قابل پرداخت می باشد.
- وسایل مورد استفاده جهت گچ گیری از جمله انواع فایبر گلاس، باند، گاز با تجویز متخصص ارتوپدی و همزمان با عمل شکسته بندی و گچ

گیری با کسر فرانشیز تحت عنوان خود هزینه قابل پرداخت می باشد.

- دمپایی گچ غیر قابل پرداخت می باشند.
- عسای زیربغل در صورت پوشش لوازم ارتوپدی در قرارداد و مشروط به همزمانی با هزینه اصلی (شکستگی یا گچ گیری) تحت عنوان لوازم ارتوپدی قابل پرداخت خواهد بود.

➤ ختنه

- هزینه ختنه همراه با بیهوشی با تایید پزشک معتمد، پرداخت می گردد.
- لوازم مصرفی در صورت ارایه ریز آیتم ها با کسر غیر بیمه ای ها، به تعرفه افزوده شده و پرداخت می گردد.

➤ بخیه

- سوچور همان بخیه می باشد.
- با توجه به اینکه نزاع و خودکشی خارج از شمول تعهدات پرداخت می باشد بنابراین جهت کنترل دقیق عدم پرداخت خسارت در مواردی که ناحیه آسیب دیده مشکوک باشد، ارایه شرح معتبر حادثه معتبر، الزامی است.
- کشیدن بخیه مطابق با تعرفه قابل پرداخت خواهد بود.
- اگر مربوط به زایمان و جراحی باشد غیر قابل پرداخت می باشد. لذا کنترل استعلام خسارت الزامی است.
- لوازم مصرفی در صورت ارایه ریز آیتم ها با کسر غیر بیمه ای ها، به تعرفه افزوده شده و پرداخت می گردد.

➤ کرایوتراپی و کوتریزاسیون یا کوتر

- کرایوتراپی یا فریز یا انجماد و کوتریزاسیون یا کوتر یا سوزاندن روش های درمان بابت ضایعات پوستی می باشند.
- ضایعات پوستی شامل زگیل یا وارت، زگیل تناسلی، پینه و میخچه، برداشتن خال می باشد.
- همواره با تایید پزشک معتمد قابل بررسی و پرداخت می باشند.
- روش های درمانی کرایوتراپی، کوتر و RF از انواع هزینه های تخصصی بوده و در صورت انجام توسط پزشک عمومی غیرقابل پرداخت می باشند.
- در صورتی که درمان توسط پزشک متخصص زنان صورت گرفته باشد ولی محل زگیل در گواهی پزشک مشخص نشده باشد، می توان تعرفه زگیل تناسلی را ملاک محاسبه قرار داد.
- کرایوتراپی دهانه رحم تنها توسط پزشک متخصص زنان یا بالاتر قابل پرداخت است. تحت عنوان خود هزینه پرداخت می گردد.
- با توجه به اینکه کوتر یا کرایو روش انجام درمان است، به همین جهت فقط اشاره به لفظ کوتر یا کرایو کافی نبوده و ارایه شرح کامل درمان توسط پزشک معالج الزامیست.

➤ تخلیه کیست و اکسیژون لیوم

- اکسیژون لیوم و کیست مربوط به غدد چربی می باشد. با ارایه گزارش پاتولوژی و تایید پزشک معتمد پرداخت می گردد.
- شامل توده های چربی منتشره و چربی های اضافه زیرپوست نمی باشد.

➤ بیوپسی یا نمونه برداری

- FNA یا نمونه برداری همان بیوپسی می باشند. در سیستم تحت عنوان بیوپسی ثبت و پرداخت می گردد.
- توضیحات مربوط به جواب آزمایش FNA در سرفصل خدمات آزمایشگاهی ارایه گردیده است.
- همواره شامل دو بخش درمانی می باشد : ۱- هزینه حق الزحمه پزشک (تعهد نمونه برداری) ۲- هزینه آزمایش (تعهد پاتولوژی)
- ارایه گزارش پاتولوژی و اظهار نظر پزشک معتمد جهت پرداخت خسارت الزامی است.
- در خصوص نمونه برداری هایی که در تعرفه های درمانی قید نشده اند، تایید پزشک معتمد مرکز الزامی است.
- در صورت نمونه برداری بیش از یک ناحیه، جهت ناحیه های بعدی ۸۰٪ تعرفه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- نمونه برداری آمینوسنتز (مخصوص مادر باردار) با دستور پزشک متخصص زنان یا بالاتر و انجام توسط رادیولوژی-سونوگرافی قابل پرداخت است. در سیستم تحت عنوان خود هزینه پرداخت می گردد.
- کد تعرفه ۱۰۰۰۱۰ آسپیراسیون سوزنی یا FNA با هدایت رادیولوژیک و از طریق پوست می باشد.
- جهت آسپیراسیون با سوزن نازک برای موارد زیر کد تعرفه اختصاصی تعریف گردیده است. (لذا از کد تعرفه ۱۰۰۰۱۰ استفاده نمی شود)
عضله کد تعرفه ۲۰۰۰۳۰ - پلور یا ریه یا مدیاستن کد تعرفه ۳۰۰۶۸۰ - غدد بزاقی کد تعرفه ۴۰۰۲۸۵ - کبد کد تعرفه ۴۰۱۶۵۵ و ۴۰۱۶۶۰ - پانکراس کد تعرفه ۴۰۱۹۱۵ - توده شکمی یا خلف صفاقی کد تعرفه ۴۰۲۰۲۵ - تیروئید کد تعرفه ۶۰۰۰۱۰ - نخاع کد تعرفه ۶۰۰۹۳۰
- سوزن بیوپسی جدا از هزینه اصلی بوده، مشروط به ارایه جواب آزمایش؛ با کسر فرانشیز تحت عنوان بیوپسی قابل پرداخت می باشد.

- اگر قیمت سوزن بالای ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال باشد، رایانه فاکتور معتبر دارای کد اقتصادی الزامیست.
- فاکتورهای فروش بدون سربرگ و بدون آدرس قابل قبول نیستند. فاکتورهای رایانه شده بایستی رسمی و دارای کد اقتصادی و چاپی باشد.
- در خصوص پرداخت هزینه تصویربرداری همزمان با نمونه برداری بایستی به شرح کد تعرفه مربوطه دقت شود. زیرا در برخی از موارد هزینه تصویربرداری به صورت مجزا بایستی لحاظ گردد.
- اگر کد تعرفه شامل تصویربرداری باشد؛ مجموع دو فاکتور تصویربرداری و نمونه برداری ملاک محاسبه خواهد بود.
- بیوپسی یا نمونه برداری از رحم یا اندومتر، با کد تعرفه ۵۰۱۷۹۰ با یا بدون نمونه از اندوسرویکال می باشد. به عنوان مثال Pipple . عمل مستقل بوده لذا همزمان با سایر نمونه برداری ها قابل پرداخت نمی باشد.
- پاپ اسمیر یا نمونه برداری از دهانه رحم یا اندوسرویکال یا نمونه برداری زنان، با کد تعرفه ۵۰۱۷۹۲ تحت عنوان "نمونه برداری زنان پاپ اسمیر یا تین پرپ" در سیستم ثبت و پرداخت می گردد. عمل مستقل بوده و با سایر نمونه برداری ها قابل پرداخت نمی باشد.
- کارشناسان مامایی و پزشکان عمومی نیز مجوز انجام نمونه گیری پاپ اسمیر را دارند.
- پزشک نمی تواند آزمایش مربوطه را در مطب انجام دهد، هزینه آزمایش تنها با رایانه فاکتور معتبر از آزمایشگاه به نام "آزمایش پاپ اسمیر" در سیستم قابل پرداخت است. نحوه محاسبه در سرفصل خدمات آزمایشگاهی رایانه گردیده است.
- در صورتی که در یک روز چند نوبت نمونه گیری مربوط به زنان انجام شده باشد، فقط یک مرتبه آن قابل پرداخت می باشد. (عمل مستقل)
- اسپکلوم از لوازم مصرفی مربوط به پاپ اسمیر بوده و غیر قابل پرداخت می باشد.

➤ لیزر درمانی

- مربوط به درمان های سریایی انجام شده توسط لیزر می باشد؛ مانند یاق لیزر چشم، لیزر PRP چشم، لیزر هموروئید، لیزر واریس عروق پا، لیزر پرتوان و در صورت درمانی بودن و با تایید پزشک معتمد پرداخت می گردد.
- لیزر مونالیزا، لیزر اسکار، لیزر موهای زائد و انواع لیزرهای زیبایی غیر قابل پرداخت می باشند.
- یاق لیزر چشم، لیزر PRP چشم با کد تعرفه ۶۰۲۳۷۰ و PDT چشم یا فوتودینامیک تراپی چشم با کد تعرفه ۶۰۲۳۷۵ ؛ در صورت رایانه دستور پزشک و گزارش از تمام صفحات از انواع لیزر درمانی محسوب می گردند و به نام خود هزینه در سیستم ثبت می شوند.
- لیزر آرگون چشم با تایید پزشک معتمد تحت عنوان خود هزینه پرداخت می گردد.
- لیزر کم توان همزمان با فیزیوتراپی مجزا از این گروه درمانی می باشد. توضیحات تکمیلی مرتبط در سرفصل فیزیوتراپی رایانه گردیده است.
- لیزر پرتوان یا استفاده از دستگاه لیزر پرتوان جهت کاربردهای عصبی-اسکلتی-عضلانی؛ به ازای هر جلسه برای هر ناحیه با کد تعرفه ۹۰۱۶۶۵ عمل مستقل می باشد. لذا با هیچ عمل دیگری نظیر فیزیوتراپی، کایروپراکتیک، مگنت و قابل گزارش نمی باشد. در سیستم تحت عنوان خود هزینه پرداخت می گردد.

- طبق توضیحات کد تعرفه، حداکثر دو ناحیه در هر جلسه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- در صورت همزمانی فیزیوتراپی و لیزر پرتوان، هزینه لیزر کم توان قابل پرداخت خواهد بود.
- تجویز و انجام لیزر پرتوان توسط پزشک عمومی، متخصص مغز-اعصاب غیرقابل پرداخت می باشد.
- متخصص ارتوپدی، بیهوشی، طب ورزشی و طب فیزیکی صرفاً مجاز به تجویز لیزر پرتوان می باشند.
- فوق تخصص درد مجاز به تجویز و انجام لیزر پرتوان می باشد.

➤ شست و شو یا ساکشن

- در صورتی که در گواهی بیمه شده مشخص نشده باشد شست و شو بابت یک گوش یا دو گوش صورت گرفته است ؛ بنابراین کمترین تعرفه قابل پرداخت یعنی هزینه یک گوش در نظر گرفته خواهد شد. در سیستم به نام "شست و شوی سینوس و گوش" ثبت می شود.

➤ تزریقات تخصصی

- شامل تزریق مفصلی، تزریق داخل پاشنه، تزریق داخل ضایعه، تزریق PRP یا PRF و تزریقات خاص می باشد.
- تزریق داخل مفصل با دستور پزشک متخصص یا بالاتر، تحت عنوان خود هزینه با تایید پزشک معتمد پرداخت می گردد.
- آسپیراسیون مفصل همان تزریق مفصلی می باشد.
- قید نام مشخص مفصل مربوطه در گواهی پزشک الزامی است.
- تزریق عضو دوم و بیشتر به میزان ۸۰٪ تعرفه محاسبه و پرداخت می گردد.
- به دلیل پایین بودن مبلغ تعرفه در این هزینه، الزامی به رایانه نسخ دارویی هم زمان با تزریق نمی باشد. در صورت تعدد خسارت به صلاح دید پزشک معتمد رایانه نسخه دارویی الزامی است.
- تزریق داخل پاشنه با کد تعرفه ۲۰۰۰۶۶ محاسبه و پرداخت می گردد.

- تزریق داخل ضایعه همواره با تایید پزشک معتمد قابل بررسی خواهد بود.
- جهت پرداخت تزریق دیسپورت ارایه نسخه دارویی، گواهی پزشک معالج مبنی بر علت بیماری و تعیین ناحیه تزریق، معاینه حضوری بیمار یک هفته بعد از انجام تزریق توسط پزشک معتمد الزامی است.
- توضیحات مربوط به تزریق دیسپورت جهت بیماران MS در سرفصل بیماری های خاص ارایه گردیده است.
- تزریق اپیدورال، دیسککتومی، نوکلئوتومی و بلوک عصبی با تایید پزشک معتمد تحت عنوان بلوک عصبی از تزریقات خاص می باشند.
- چنانچه تزریق های مذکور در اتاق عمل بیمارستان بوده و در صورت حساب تخت (بیش از ۶ ساعت) یا بیهوشی عمومی شارژ شده باشد؛ خسارت به عنوان هزینه بستری تلقی شده و از سقف بیمارستانی پرداخت می گردد.
- در صورتی که هزینه سرپایی محسوب گردد؛ ست تزریق نیز قابل بررسی و پرداخت می باشد.
- تزریق آواستین و تزریق داخل ویترو در مراکز بیمارستانی و چشم پزشکی ها به همراه دارو مربوطه از محل بستری قابل پرداخت می باشد.
- IVB معادل تزریق آواستین بوده و به همراه هزینه داروی مربوطه به عنوان پرونده بستری پرداخت می گردد.
- تزریق PRP یا PRF با تایید پزشک معتمد و انجام توسط پزشک متخصص یا بالاتر کد تعرفه ۳۰۲۳۶۵ اصلاحی مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۰۲ پرداخت می گردد. ضرایب با احتساب هزینه نمونه گیری و تزریق عبارتند از : جزحرفه ای ۸,۴ و جزفنی ۱۵,۴۵ کای سرپایی K#
- ضریب ریالی جزحرفه ای در تمامی بخش های درمان (خصوصی، خیریه، نهادی، دولتی) یکسان بوده و مطابق جزحرفه ای بخش دولتی محاسبه میگردد.
- ضریب ریالی جز فنی در بخش خصوصی، دو برابر ضریب ریالی جز فنی بخش دولتی محاسبه می گردد.
- در خصوص داده خام (بخشی از جز فنی) هماهنگی با شعبه مرکز و پزشکان معتمد مرکز الزامی است.

➤ سایر جراحی های مجاز سرپایی

- سایر درمان های سرپایی بایستی به تایید پزشک معتمد رسیده باشند و سپس تحت این عنوان قابل پرداخت هستند.
- هموروئید در مطب با تایید پزشک معتمد.
- کشیدن ناخن به همراه گواهی پزشک معالج مبنی بر تشخیص بیماری و با تایید پزشک معتمد. در سیستم به نام خود هزینه ثبت می گردد.
- پانچ پوستی با ارایه گزارش پاتولوژی با تایید پزشک معتمد. در سیستم تحت عنوان خود هزینه ثبت می گردد
- خارج کردن پین به هر تعداد از هر ناحیه با تایید پزشک معتمد.
- میکروتراپی یا تزریق دیسکوژل برای فتق دیسک یا microtherapy با تایید پزشک معتمد. در سیستم تحت عنوان خود هزینه ثبت میشود.
- میکرودرم پوست و مو زیبایی محسوب می گردد و غیر قابل پرداخت می باشد.
- اجاره دستگاه فتوتراپی منوط به ارایه جواب آزمایش بیلی روبین یا زردی و دستور پزشک متخصص کودکان (همواره با کسر فرانشیز)
- خراش رحم با تایید پزشک معتمد.
- صرفاً سیستم سوسکوپ تشخیصی در مطب به عنوان هزینه سرپایی با تایید پزشک معتمد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- هزینه تزریق خون غیرقابل پرداخت می باشد. صرفاً در صورت انجام در بخش اورژانس و با تایید پزشک معتمد قابل بررسی می باشد.
- در موارد سوختگی یا دیابت که علاوه بر پانسمان دبریدمان زخم توسط پزشک معالج نیز انجام می گردد، منوط به ارایه گزارش بابت هر جلسه درمان هر دو عمل (پانسمان و دبریدمان) با تایید پزشک معتمد از محل جراحی های مجاز سرپایی قابل پرداخت می باشد.

*** نکات اورتز

الزامی است توضیحات مربوط به هر بخش به دقت مطالعه گردد تا امکان بروز خطا در زمان صدور قرارداد و پرداخت خسارت به حداقل برسد.

➤ اورتز

- لوازمی هستند که در خارج بدن جهت اصلاح فرم یا کارکرد عضو استفاده می شوند، مشروط بر این که بلافاصله بعد از عمل جراحی تهیه شده باشند. لذا کنترل استعلام خسارت جهت وجود پرونده بستری الزامی است.
- پرداخت براساس دستور پزشک متخصص یا بالاتر و فاکتور خرید معتبر از مراکز معتبر و تایید پزشک معتمد خواهد بود.
- به صورت پوشش مستقل در قرارداد خریداری و به عنوان هزینه پاراکلینیکی شناخته می شود.
- سقف تعهد؛ با توجه به شرح قرارداد توافق شده ممکن است از تعهدات بیمارستانی یا پاراکلینیکی باشد.

➤ پروتز

- لوازمی هستند که اثر درمانی مستقیم در بدن دارند.

۱. داخلی : لوازمی هستند که در حین جراحی داخل بدن کار گذاشته میشوند.

- همراه با هزینه بستری از تعهدات بیمارستانی بررسی و پرداخت می گردند.
- در تمامی قراردادهای درمان تحت پوشش می باشند.
- ۲. **خارجی:** اندام یا اعضای مصنوعی بدن را شامل می شود.
- پرداخت براساس دستور پزشک متخصص یا بالاتر و فاکتور خرید معتبر از مراکز معتبر و تایید پزشک معتمد خواهد بود.
- به صورت پوشش مستقل در قرارداد خریداری و به عنوان هزینه پاراکلینیکی شناخته می شود.
- سقف تعهد؛ با توجه به شرح قرارداد توافق شده ممکن است از تعهدات بیمارستانی یا پاراکلینیکی باشد.

➤ **لوازم ارتوپدی**

- لوازمی هستند که در خارج بدن جهت اصلاح فرم یا کارکرد عضو استفاده می شوند، با یا بدون عمل جراحی تهیه می شوند.
- به صورت پوشش مستقل در قرارداد خریداری و به عنوان هزینه پاراکلینیکی شناخته می شود.
- در صورت پوشش در قرارداد، خسارات مربوط به اورتز (مشروط به جراحی) نیز تحت همین عنوان قابل بررسی و پرداخت خواهد بود.
- شامل جوراب واریس، عصا، واکر، ویلچر، بریس و وسایل کمک توانبخشی از جمله کمربندطبی، گردنبندطبی، میچ بندطبی، کفش طبی، کفی طبی، کتف بندطبی، کلیه بندطبی، شکم بندطبی، کمرست طبی و زانوبند طبی می باشد.
- پرداخت هزینه کفش طبی تحت عنوان کفی طبی یا برعکس امکان پذیر نمی باشد.
- اسکن کف پا یا Foot Scan کد تعرفه ۹۰۱۶۷۵ یا ۹۰۱۶۷۶ با تایید پزشک معتمد، صرفاً در صورت ارائه همزمان خرید کفی یا کفش طبی، تحت عنوان لوازم ارتوپدی قابل پرداخت خواهد بود.
- پرداخت براساس دستور پزشک متخصص یا بالاتر و فاکتور خرید معتبر از مراکز معتبر و تایید پزشک معتمد خواهد بود، علاوه بر آن:
- جوراب واریس نیازمند گواهی از پزشک متخصص ارتوپد یا قلب و عروق می باشد.
- عصا و واکر نیازمند سوابق جراحی و شکستگی یا سکتة مغزی و گواهی از پزشک متخصص مربوطه می باشد.
- ویلچر نیازمند گواهی از پزشک متخصص مغز و اعصاب یا ارتوپد و سوابق جراحی یا سکتة مغزی می باشد.
- بریس نیازمند گواهی جراح متخصص مغز و اعصاب یا ارتوپد و جواب ام آرآی یا سی تی اسکن می باشد.
- کمربندطبی نیازمند گواهی از پزشک متخصص مربوطه می باشد. (به غیر از تخصص زنان زیرا مربوط به زایمان است)

*** **نکات سایر درمان های مستقل (الحاقی)**

هر کدام از موارد زیر بایستی به صورت مستقل توسط بیمه گذار خریداری و در شرح قرارداد ذکر گردند. هماهنگی با اداره کنترل و پایش فنی نمایندگان-شعب و نیز اخذ نظر مدیریت درمان در زمان صدور قراردادهای جهت استفاده از هر کدام از موارد زیر الزامی است. در تغییرات آتی سیستم فناوریان صرفاً موارد نام برده شده مجاز به استفاده در متن قراردادها خواهند بود. لذا الزامی است کارشناسان صدور درمان و پرداخت خسارت با تسلط کامل بر راهنما و اطلاع از زیرمجموعه های بیماری ها، بیمه گذاران را در زمان عقد قرارداد و صدور بیمه نامه توجیه و راهنمایی نمایند.

➤ **بیماری های خاص**

- شامل درمان و داروهای بیماری های خاص می باشد. به عنوان هزینه پاراکلینیکی شناخته می شود در حالی که سقف تعهد مربوطه همواره بیمارستانی می باشد.
- تایید پزشک معتمد و داروساز معتمد همواره جهت پرداخت خسارات این پوشش درمانی الزامی است.
- از تعهدات بیمارستانی فروخته میشود لذا در زمان ثبت خسارت در سیستم فناوریان پرونده بیمارستانی ایجاد و پرداخت می گردد.
- ارائه مدارک و مستندات لازم، جهت اولین دوره پرداخت خسارت الزامی است.
- بیماری های خاص طبق مصوبه وزارت بهداشت در سال ۹۳ شماره ۲۱۵۸۷۲ عبارتند از: هموفیلی، تالاسمی، ام اس یا MS، دیالیز، پیوند کلیه
- تزریق دیسپورت جهت بیماران MS توسط متخصص مغز و اعصاب با تایید پزشک معتمد از محل این تعهد قابل پرداخت خواهد بود.

➤ **بیماری های صعب العلاج**

- شامل درمان و داروهای بیماری های صعب العلاج می باشد. به عنوان هزینه پاراکلینیکی شناخته می شود در حالی که سقف تعهد مربوطه همواره بیمارستانی می باشد.
- تایید پزشک معتمد و داروساز معتمد همواره جهت پرداخت خسارات این پوشش درمانی الزامی است.
- از تعهدات بیمارستانی فروخته میشود لذا در زمان ثبت خسارت در سیستم فناوریان پرونده بیمارستانی ایجاد و پرداخت می گردد.

- ارایه مدارک و مستندات لازم، جهت اولین دوره پرداخت خسارت الزامی است.
- بیماری های صعب العلاج عبارتند از : سرطان، دیابت، دوشن، انواع میوپاتی ها، اسکولیوز پیشرفته، صرع مقاوم به درمان، هپاتیت مقاوم، بیماری رماتیسمی شدید و مقاوم به درمان (آرتريت، روماتوئيد، لوپوس، اسپوندیلیت انکیلوزان)، پسوریازیس مقاوم به درمان، سلیاک، بیماری پروانه ای، بیماری متابولیک ناتوان کننده، کرون، کولیت اولسراتیو، آمیوتروفیک لیترال اسکروزیس یا ALS، فلج دائمی حداقل دو اندام یا CP

➤ تزریقات و سرم

- مستقل از پوشش خدمات یا هزینه های اورژانس غیربستری می باشد.
- انفوزیون همان وصل سرم می باشد.
- در صورتی که بیش از یک مورد سرم و تزریق فاکتور شده باشد، وجود نسخه دارویی مرتبط الزامیست.
- وصل آنژیوکت به تنهایی غیر قابل پرداخت می باشد. در صورت همزمانی با سرم قابل پرداخت می باشد.
- تزریق به تعداد آمپول های موجود در نسخه دارویی قابل پرداخت می باشد.
- تزریق ونوفر یا آهن، تزریق کلسیم و ... با تایید پزشک معتمد، معادل تزریق دسفرال با کد تعرفه ۹۰۰۰۴۰ پرداخت می گردد.
- هزینه لوازم و تجهیزات اضافه قابل پرداخت نمی باشد.
- تزریق آی وی جی یا IVIG یا تزریق داروهای حساس و بیولوژیک با تایید پزشک معتمد :
- در صورت تایید بیماری خاص بیمار، طبق مستندات ارایه شده و با لحاظ زمان بستری، با کد تعرفه ۹۰۰۰۳۷ از تعهدات بستری محاسبه و پرداخت می گردد.
- در صورت عدم تایید بیماری به عنوان تزریق ساده مشروط به پوشش تزریق در قرارداد، پرداخت می گردد.

➤ پانسمان

- در صورتی که طبق گواهی ارایه شده پانسمان زخم به تنهایی باشد، هزینه از محل تعهد پانسمان پرداخت می شود.
- هزینه خرید پانسمان های خاص (نظیر نوین، طلایی، نقره ای و ...) با تایید پزشک معتمد و ارایه مستندات بیماری از محل تعهدات پانسمان قابل پرداخت خواهد بود.
- در موارد سوختگی یا دیابت که علاوه بر پانسمان دبریدمان زخم توسط پزشک معالج نیز انجام می گردد، منوط به ارایه گزارش بابت هر جلسه درمان هر دو عمل (پانسمان و دبریدمان) از محل جراحی های مجاز سرپایی قابل پرداخت می باشد.
- پد یا ژل کامفیلد براساس سوابق زخم و مستندات بیماری با تایید پزشک معتمد از محل تعهدات پانسمان پرداخت می گردد.

➤ مشاوره و روان درمانی

- نام کامل بیماری به تشخیص پزشک معالج و تعداد جلسات و طول درمان مورد نیاز بایستی توسط پزشک معالج گواهی گردد.
- صرفاً یک جلسه مشاوره نیازی به ارایه گواهی پزشک معالج (شامل نام بیماری و تعداد جلسات مشاوره) ندارد. لذا کنترل استعلام خسارت در موارد تک هزینه ای الزامی است.
- مشاوره جهت مشکلات خانوادگی، تحصیل، ازدواج و موارد اجتماعی غیر قابل پرداخت می باشد.
- تعرفه مربوط به مشاوره (شامل مدت زمان ملاک محاسبه و درجه تخصص مشاور) هر ساله از سوی اداره امور قراردادها (طی نامه اتوماسیونی) ابلاغ می گردد. لذا پیگیری واحدهای پرداخت در خصوص دریافت نامه مذکور الزامی است.
- روان درمانی و مشاوره معمولاً توسط روان پزشک، اعصاب-روان، روان شناس و مشاور انجام می پذیرد.
- رفتار درمانی از زیر مجموعه های درمان روان شناسی می باشد.

نحوه محاسبه پس از تایید بیماری

- ۱- چنانچه فاکتور مهمور به مهر دکتر روان پزشک یا اعصاب-روان باشد :
 - اگر ویزیت در گواهی قید شده باشد؛ معادل ویزیت با توجه به درجه پزشک محاسبه می گردد.
 - اگر ویزیت و مشاوره درگواهی قید شده باشد؛ صرفاً جهت اولین مرتبه خسارت تعرفه با کد ۹۰۰۰۵۰ یا ۹۰۰۰۵۱ قابل پرداخت می باشد. در صورت استمرار هزینه، سایر جلسات درمانی طبق تعرفه مشاوره در نامه اتوماسیون پرداخت می گردند.
- ۲- چنانچه مهمور به مهر دکتر روان شناس یا مشاور باشد :
 - اگر ویزیت در گواهی قید شده باشد؛ غیر قابل پرداخت می باشد. (انجام دهنده خدمت اند)
 - در صورتی که مهر پزشک دکترای روان شناسی (PHD روانشناسی) باشد، تنها یک جلسه ویزیت PHD پروانه دار پرداخت می گردد.
 - در صورتیکه ویزیت و مشاوره در گواهی قید شده باشد؛ تنها یک جلسه مشاوره طبق تعرفه در نامه اتوماسیون پرداخت می گردد.

➤ پایش قند خون

- شامل دستگاه گلوکومتر یا قندخون، انواع نوارهای تست قندخون می باشد.
- ارائه جواب آزمایش و دستور پزشک متخصص یا بالاتر در زمان اولین خسارت با تایید پزشک معتمد الزامی است.
- جهت پرداخت نوار تست قندخون نسخه دارویی همواره الزامی است.
- در صورت استفاده از انسولین ۳ الی ۴ عدد نوار در روز مورد تایید است.
- در صورت استفاده از قرص های ضد دیابت ۲ عدد نوار در روز مورد تایید است.
- جهت پرداخت دستگاه قند خون گواهی پزشک متخصص غدد و آخرین جواب آزمایش قندخون الزامی است.

➤ اکسیژن تراپی اولیه و ساده

- شامل کپسول اکسیژن، شارژ کپسول اکسیژن، دستگاه پالس اکسی متر می باشد.
- با ارایه دستور پزشک متخصص یا بالاتر مبنی بر نوع بیماری و لزوم مصرف و فاکتور معتبر از مراکز تجهیزات پزشکی پرداخت می شود.
- دستور پزشک متخصص مربوطه یا بالاتر، مدارک و مستندات لازم در خصوص استفاده از تجهیزات پزشکی، تایید پزشک معتمد بیمه آسیا، اصل فاکتور چاپی شامل مشخصات کامل خریدار و فروشنده به همراه کد اقتصادی معتبر.
- جهت پرداخت کپسول اکسیژن گواهی از پزشک متخصص ریه و جواب اسپرومتری الزامی است.
- دستگاه پالس اکسی متر موردی قابل پرداخت می باشد. لذا اخذ دستور جهت پرداخت الزامی است.

➤ دستگاه کمک تنفسی پیشرفته

- شامل اکسیژن ساز، C-PAPP, B-PAPP می باشد.
- با ارایه دستور پزشک متخصص یا بالاتر مبنی بر نوع بیماری و لزوم مصرف و فاکتور معتبر از مراکز تجهیزات پزشکی پرداخت می شود.
- دستور پزشک متخصص مربوطه یا بالاتر، مدارک و مستندات لازم در خصوص استفاده از تجهیزات پزشکی، تایید پزشک معتمد بیمه آسیا، اصل فاکتور چاپی شامل مشخصات کامل خریدار و فروشنده به همراه کد اقتصادی معتبر.
- جهت پرداخت اکسیژن ساز گواهی از پزشک متخصص ریه (در دستور پزشک نیاز به استفاده از اکسیژن ساز قید شده باشد) و جواب اسپرومتری الزامی است.
- جهت پرداخت سی پی و بی پی گواهی از پزشک متخصص ریه و جواب تست خواب الزامی است.

➤ کیسه کولستومی و یورستومی

- با ارایه دستور پزشک متخصص یا بالاتر مبنی بر نوع بیماری و لزوم مصرف و فاکتور معتبر از مراکز تجهیزات پزشکی پرداخت می شود.
- دستور پزشک متخصص مربوطه یا بالاتر، مدارک و مستندات لازم در خصوص استفاده از تجهیزات پزشکی، تایید پزشک معتمد بیمه آسیا، اصل فاکتور چاپی شامل مشخصات کامل خریدار و فروشنده به همراه کد اقتصادی معتبر.

➤ کایروپرکتیک

- به ازای هر جلسه طبق دستور پزشک ارایه شده (متخصص مربوطه یا کایروپرکتیست) محاسبه و پرداخت می گردد.
- در صورت افزایش تعداد جلسات بیش از ۲۰ جلسه گزارش MRI ضمیمه شود. اخذ مجوز از اداره کنترل الزامی است.

➤ طب سوزنی

- در صورتی که انجام دهنده پزشک عمومی باشد بایستی تصویر گواهی اخذ شده از وزارت بهداشت و درمان توسط پزشک معالج ضمیمه گردد.
- اعلام کد اقدام درمانی انجام شده و نوع درمان (با یا بدون تحریک الکتریکی) در فاکتور الزامی است.

➤ تشک مواج

- گواهی از پزشک متخصص مغز-اعصاب و سوابق بیماری مربوطه جهت پرداخت الزامی است.

➤ حجامت

- دو نوع خشک و تر دارد که بایستی با تایید پزشک معتمد پرداخت گردد.

➤ فصد خون

- با تایید پزشک معتمد دو مرتبه در طول قرارداد قابل پرداخت می باشد. از سقف حجامت قابل پرداخت نمی باشد.

➤ واکسن

- واکسن های بدو تولد یا چندگانه غیرقابل پرداخت می باشند.

- واکسن گارداسیل یا HPV به صورت موردی، با اخذ دستور مقام مسول واحد پرداخت و صرفاً در صورت ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر علت احتمال بیماری و سایر مستندات با تایید پزشک معتمد قابل بررسی خواهد بود.
- تهیه واکسن بایستی از مراکز معتبر دارویی صورت گرفته شده باشد. خریداری از پزشک غیرقابل پرداخت می باشد.

➤ اوزن تراپی

- با تجویز پزشک عمومی قابل پرداخت نمی باشد. متخصصین ارتوپدی، طب ورزشی و فیزیکی مجاز به انجام درمان می باشند.
- تزریق اوزن در مفصل را نیز شامل می شود.

➤ تحریک مغناطیسی مغز یا RTMS

- با دستور روان پزشک، ارائه طرح درمان توسط پزشک معالج، مستندات بیماری و تایید پزشک معتمد قابل پرداخت می باشد.

➤ هزینه های درمانی فرزندان معلول

- شامل دو بخش می باشد: وسایل توانبخشی و درمان های توانبخشی. هرگونه پرداخت با اخذ مجوز از مرکز امکان پذیر خواهد بود.

➤ تست روانشناسی و روان شناختی

- همواره با تایید پزشک معتمد قابل بررسی و پرداخت می باشد.

➤ داروی هورمون رشد (مشروط به آزاد بودن خسارت)

- جهت پرداخت نسخه دارویی و مستندات رشد مطابق با سن بیمار جهت تایید پزشک و داروساز معتمد الزامی است.

➤ خدمات در منزل

۱. پوشش خریداری نشده است ⇐ هزینه ها طبق کدهای مرتبط در کتاب کالیفرنیا و با در نظر داشتن پوشش های قرارداد محاسبه و همواره با کسر فرانشیز پرداخت می گردد. مانند ویزیت، تزریق-سرم، فیزیوتراپی، پانسمان و
۲. پوشش خریداری شده است ⇐ هزینه ها طبق کدهای مرتبط در کتاب کالیفرنیا محاسبه و کد تعرفه ۹۰۱۹۹۵ به ازای هر بار مراجعه صرفاً یکبار و همواره با کسر فرانشیز پرداخت می گردد. (به بیانی دیگر در صورت انجام چند خدمت همزمان مجاز به اعمال چند مرتبه کد مذکور نمی باشیم)
- لیست کامل اعمال خدمات در منزل پیوست تعرفه خصوصی هیات وزیران به تمامی شعب و واحدهای پرداخت ابلاغ گردیده است. در مواردی که هزینه مربوطه در لیست می باشد از صرفاً از همان تعرفه در پرداخت استفاده می گردد.

➤ پرستاری در منزل

- مختص بیمارانی می باشد که قادر به انجام کار روزانه خود نباشند. تشخیص و تایید شرایط بیمار برعهده پزشک معتمد بوده و لذا ارائه مستندات بیماری یا ویزیت حضوری بیمار توسط پزشک معتمد الزامی است.
- کدهای تعرفه مربوطه به پیوست تعرفه خصوصی هیات وزیران به تمامی شعب و واحدهای پرداخت ابلاغ گردیده است.

➤ نوروفیدبک و فیزیوتراپی کف لگن یا بیوفیدبک

- بیوفیدبک طبق دستور پزشک متخصص یا بالاتر و با تایید پزشک معتمد پرداخت می گردد.
- گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع درمان و کد خدمت انجام شده الزامی است.
- نوروفیدبک با دستور روان پزشک، ارائه طرح درمان توسط پزشک معالج و تایید پزشک معتمد قابل پرداخت می باشد.

➤ سایر خدمات مشابه

- فروش به بیمه گذار و هرگونه پرداخت تحت این عنوان با اخذ مجوز از مدیریت درمان و اداره کنترل امکان پذیر خواهد بود.

➤ چکاپ

- فروش به بیمه گذار و هرگونه پرداخت تحت این عنوان با اخذ مجوز از مدیریت درمان و اداره کنترل امکان پذیر خواهد بود.

➤ تست تعادلی یا فال تست یا Fall Test

➤ رینومانومتري یا تست فشار هوای مجاری تنفسی

➤ تست شیرمر

➤ تست خواب

- فروش به بیمه گذار و هرگونه پرداخت تحت این عنوان با اخذ مجوز از مدیریت درمان و اداره کنترل امکان پذیر خواهد بود.

*** نکات مربوط به پرداخت هزینه های درمان سرطان

هزینه های مربوط به سرطان (شامل شیمی درمانی، رادیوتراپی و براکی تراپی) در کلیه قراردادها قابل پرداخت هستند. این دسته از هزینه باوجود اینکه به صورت سرپایی انجام می شوند از تعهدات بیمارستانی فروخته میشود. لذا در زمان ثبت خسارت در سیستم فناوریان تشکیل پرونده بیمارستانی ثبت میگردد.

نکته

طبق آیین نامه ۹۹ (قراردادهای صادره از سال ۹۹) سقف تعهد شیمی درمانی و رادیوتراپی تعهدات اعمال مهم (مازاد) می باشد.

آیتم مورد استفاده در سیستم فناوریان "هزینه شیمی درمانی" می باشد

- با دستور پزشک متخصص یا بالاتر قابل پرداخت می باشند.
- رایحه مستندات بیماری شامل پاتولوژی یا پت اسکن در زمان دریافت اولین خسارت الزامی است.
- در صورت ادامه درمان در قرارداد جدید سوابق پرداختی نیز می تواند مورد استناد قرار گیرد.
- در صورت صلاحدید کارشناس یا پزشک معتمد، رایحه گزارش پاتولوژی جهت هر دوره خسارت الزامی است.
- وجود جراحی سرطان نیز در استعلام خسارت بیمار می تواند تایید کننده بیماری باشد.
- این درمان ها تحت پوشش بیمه گر پایه می باشند. (در صورت بستری در بیمارستان و نیز در صورت انجام به صورت سرپایی در مطب) لذا همانند هزینه های بیمارستانی آزاد بایستی بیمار در ابتدا از سهم بیمه گر پایه استفاده نموده و سپس کپی برابر اصل مدارک و رسید مبلغ واریزی بیمه پایه را رایحه دهد. در غیر این صورت وجود نامه کتبی بیمار مبنی بر عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه الزامی است.
- بیمه شدگان موظف هستند قبل از رایحه اصل مدارک به بیمه آسیا، از سهم بیمه پایه یا سایر بیمه های مکمل خود استفاده نمایند. پس از پرداخت سهم پایه یا مکمل، مدارک برابر اصل شده و گواهی رقم پرداختی بیمه پایه یا مکمل جهت پرداخت به بیمه آسیا تحویل میگردد.
- بیمه سلامت مدارک درمانی را مهیور نمی کند، لذا رایحه پرینت گواهی پرداخت معتبر بیمه سلامت الزامی است.
- چنانچه بیمه شده پس از دریافت خسارت از بیمه آسیا تصمیم به استفاده از بیمه پایه یا بیمه های مکمل نماید؛ صرفاً در صورت تایید ریاست واحد پرداخت کپی برابر اصل مدارک درمانی به همراه مبلغ پرداخت شده، مهیور به مهر بیمه آسیا، به بیمه شده تحویل می گردد. اصل مدارک به هیچ عنوان تحویل بیمار نمی گردد.
- در صورتی که بخشی از هزینه ها توسط بیمه پایه یا مکمل دیگر پرداخت شده باشد؛ نحوه پرداخت بدین شکل خواهد بود :
- ابتدا هزینه بدون در نظر گرفتن سهم بیمه پایه (به صورت آزاد) با تایید پزشک معتمد و طبق تعرفه محاسبه شده، سپس مبلغ پرداخت شده توسط بیمه پایه یا مکمل دیگر از عدد محاسبه شده کسر می شود، نتیجه بدون کسر فرانشیز پرداخت می گردد.

➤ شیمی درمانی

- انواع درمان شیمی درمانی عبارتند از :
- نوع اول : درمان با مصرف داروهای خوراکی
- نوع دوم : درمان با تزریق داروهای شیمی درمانی
- نوع دوم درمان با حضور یا با نظارت پزشک متخصص انجام می شود. لذا محل تزریق در مطب یا در بیمارستان خواهد بود.
- هزینه های نوع دوم شامل دو بخش می باشد : ۱- دارو ۲- حق العمل تزریق
- نظر به اینکه تعیین حق الزحمه تزریق شیمی درمانی با توجه به نوع داروهای مصرفی رایحه شده می باشد، لذا تایید پزشک معتمد الزامیست.
- صرفاً پمپ شیمی درمانی مشروط به رایحه مدارک معتبر و همزمان با سایر هزینه های بیمار، قابل پرداخت می باشد.
- شیمی درمانی داخل نخاعی یا CNS شامل درمان پونکسیون بوده، در صورت شارژ مجزا توسط بیمارستان، غیرقابل پرداخت می باشد.
- حق الزحمه تزریق انواع مختلف دارو مانند زومتا منوط به مبتلا بودن بیمار به سرطان (طبق مستندات) و انجام توسط پزشک انکولوژیست صرفاً با تایید پزشک معتمد، کد تعرفه ۹۰۰۰۳۸ از سقف تعهد شیمی درمانی پرداخت می گردد.
- شیمی درمانی به روش تزریق یا انفوزیون طولانی مدت با تایید پزشک معتمد کد تعرفه ۹۰۱۵۵۰ پرداخت می گردد. لذا رایحه مدارک دارای ساعت تزریق در این گونه خسارات الزامی است.
- در صورت انجام تزریق در مطب (زیر ۸ ساعت)؛ صرفاً تعرفه حق العمل تزریق پرداخت می گردد. سایر هزینه های اخذ شده مانند ویزیت و تخت و ... در صورت شارژ قابل پرداخت نمی باشند.
- در صورت انجام تزریق در بیمارستان؛ ریز صورتحساب با اعمال تعرفه محاسبه و پرداخت می گردد.
- ویزیت و آماده سازی محلول شیمی درمانی غیرقابل پرداخت می باشند.

- ریز صورتحساب به صورت معمول شامل حق العمل تزریق، تخت بستری، خدمات پرستاری (۶٪ تخت)، ویزیت، آزمایش، آماده سازی محلول و داروهای مصرفی می باشد.
- ملاک محاسبه جهت هتلینگ، در صورت عدم قید نوع تخت در صورتحساب، صرفاً تخت DAY CARE می باشد.
- کسورات دارو و لوازم همانند محاسبات بستری لحاظ می شود.

داروهای شیمی درمانی

- همواره با تایید داروساز معتمد قابل بررسی می باشند.
- نسخ دارویی ارایه شده بایستی دارای پرفراژ ممهور داروخانه روی نسخه باشند. ارایه گواهی معتبر از جمله پوز بانکی یا گردش حساب بانکی بابت پرداخت هزینه دارو الزامی است.
- ۱- نوع ایرانی: مابه التفاوت سهم بیمه گر اول از محل تعهدات بستری بدون کسر فرانشیز پرداخت میشود.
- ۲- نوع خارجی:
- در صورت پوشش نزد بیمه گر پایه؛ مابه التفاوت سهم بیمه گر اول از محل تعهدات بستری بدون کسر فرانشیز پرداخت میشود.
- در صورت عدم پوشش نزد بیمه گر پایه؛ با نظر داروساز معتمد و با کسر فرانشیز پرداخت می گردد.
- در مواردی که داروی خارجی تجویز شده خارج از فهرست فارماکوپه رسمی ایران باشد و از داروخانه هائی به غیر از مراکز دولتی سطح کشور (مشروط بر این که داروخانه دارای مجوز فروش موارد تک نسخه ای باشد) تهیه شده باشد، پس از ارایه گواهی پزشک معالج، شرح حال بیماری، درمان های انجام شده در گذشته و عدم جوابدهی به آن، طول مدت درمان و میزان دوز مصرفی در طول روز توسط پزشک معتمد بررسی و با اظهار نظر داروساز معتمد طبق ضوابط پرداخت می گردد.
- داروهای شیمی درمانی (اعم از خوراکی و تزریقی) در حالت روتین تمامی قراردادهای همانند هزینه های بستری شیمی درمانی از سقف تعهدات بیمارستانی اعمال مهم (مازاد) پرداخت می گردند.
- ثبت هزینه دارو در آیتیم دارو الزامیست و استفاده از حق الزحمه جراح جهت ثبت و پرداخت مجاز نمی باشد.
- داروهای شیمی درمانی به هیچ عنوان از سقف بیماری های خاص و سایر انواع داروها قابل پرداخت نمی باشند.
- جهت پرداخت داروهای تزریقی؛ ارایه مستندات مربوط به تزریق شیمی درمانی (مانند گواهی تزریق پزشک یا استعلام وجود معرفی نامه) در محدوده زمانی یک هفته تا ده روز پس از خرید دارو، الزامی است.

➤ رادیوتراپی

- جهت بررسی پرداخت هزینه رادیوتراپی ارایه برگه کدینگ یا فاکتور کامل شامل جزییات درمان (تعداد شان، نوع اشعه و ...) و کاردکس بیمار یا کارت درمان بیمار (شامل تاریخ شروع جلسات درمانی، نوع و تعداد شان) الزامی است.
- پس از تایید پزشک معتمد، خسارت به تحت همین عنوان در سیستم در تعهدات بیمارستانی اعمال مهم (مازاد) ثبت می شود.
- رادیوتراپی در انتهای قرارداد؛ با در نظر گرفتن سقف تعهد باقی مانده و تعداد جلساتی که مشمول زمان قرارداد می باشند، بررسی و محاسبه می گردد. لذا توجه به زمان انجام هزینه ها توسط کارشناس الزامی است.
- در صورت تمدید قرارداد مابقی جلسات نیز از تعهدات قرارداد جدید قابل بررسی خواهد بود.
- تعداد شان معادل تعداد جلسات درمان ضرب در تعداد فیلدهای درمانی می باشد. (در گواهی پزشک معالج به وضوح قید گردیده و در ریز برگه های کاردکس بیمار مشخص باشد) تعداد شان بر اساس کاردکس قابل شمارش می باشد (بر اساس نوع فیلد به کار رفته ضریب متفاوتی دارد)
- نوع دستگاه شتاب دهنده خطی بر اساس انرژی به کار رفته محاسبه می گردد. انرژی بایستی در کاردکس بیمار یا کارت درمان ذکر شده باشد.
- محاسبات فیزیک پیچیده در هر دوره درمانی با تایید پزشک معتمد قابل بررسی و محاسبه است.
- در صورت انجام هزینه به صورت MLC یا مولتی لیف ۱۰٪ به کای بخش فنی افزوده می گردد.
- در صورت انجام هزینه به صورت پورتال فیلم ۱۰٪ به کای بخش فنی افزوده می گردد.
- اگر رادیوتراپی به روش IMRT انجام شود درصدهای فوق در محاسبات لحاظ نمی شوند.
- طراحی درمان برای یک ناحیه با فیلد ساده در هر دوره درمانی صرفاً یک بار پرداخت می گردد.
- Cone Bone در روش درمانی IMRT غیرقابل پرداخت است.

*** نکات قراردادهای بدون اعمال تعرفه یا بدون همترازی

- در ثبت و پرداخت خسارات این گونه قراردادهای توجه به شرح متن قرارداد در اولویت می باشد. در صورتی که توضیح خاصی جهت پرداخت خسارت وجود نداشته باشد؛ الزامی است کارشناسان موارد زیر را هنگام پرداخت خسارت در نظر داشته باشند :

- حداکثر مبلغ قابل پرداخت دو برابر تعرفه می باشد. به بیان دیگر در صورتی که پرداختی بیمار خارج از حد عرف و تعرفه باشد، با وجود بدون همترازی بودن قرارداد، مجاز به پرداخت بیش از دو برابر تعرفه نمی باشیم.
- در تمامی فاکتورهایی که جمع کل و سهم سازمان به وضوح مشخص نشده است، کسر فرانشیز الزامی است.
- در خسارات آزمایش که دارای جمع کل و سهم سازمان می باشند؛ در صورتی که سهم سازمان با فرانشیز قرارداد یکسان یا بیشتر از آن باشد، خسارت بدون کسر فرانشیز و در غیر این صورت با کسر فرانشیز پرداخت می گردد.
- در خسارت های دندان پزشکی ثبت شماره دندان و کنترل خسارت های قبلی بیمار الزامی است.
- دارو مجزا از اعمال همترازی بوده، لذا مبلغی که داروساز معتمد تایید نماید ملاک محاسبه میباشد. (با یا بدون کسر فرانشیز)
- تایید جراحی های مجاز سرپایی توسط پزشک معتمد جهت اثبات درمانی بودن هزینه الزامی است.

*** مراحل ثبت در سیستم فناوری جهت خسارات پاراکلینیکی

پس از ورود به صفحه فناوری در قسمت بالای پنجره روی گزینه "خسارت" کلیک کرده، پنجره در چهار قسمت باز می گردد:

- ۱- خسارت بیمارستانی
- ۲- خسارت پاراکلینیکی
- ۳- معرفی نامه های درمان
- ۴- ثبت سوابق دندانپزشکی

نکات پایه و کاربردی

- جستجو کردن در هر ستون مستلزم این است که آن ستون مورد نظر از قبل انتخاب شده باشد.
- با فشردن کلید page down یا علامت - (در قسمت اعداد) پنجره لیست انتخاب باز می شود. (علامت \)
- با فشردن کلید insert پنجره ثبت رکورد جدید باز می گردد.
- با فشردن کلید * جستجوی انجام شده که در نوار رنگی پایین صفحه نشان داده می شود، یک مرحله به عقب برمی گردد.
- در هر قسمت از ثبت کلید F5 جهت بروزرسانی صفحه و اعمال تغییرات ایجاد شده استفاده می گردد.
- در هر قسمت از ثبت کلید F4 جهت بازکردن جزئیات پنجره بعدی استفاده می گردد.

نحوه ثبت خسارات پاراکلینیکی

جهت ثبت آیتم خسارت پاراکلینیکی را انتخاب می کنیم، صفحه ثبت خسارت باز می شود. این صفحه شامل چهار بخش است :

- ۱- اطلاعات پرونده جاری
- ۲- تشکیل پرونده
- ۳- حواله خسارت
- ۴- موارد حواله خسارت

در نوار منتهی علیه صفحه tab های ثبت خسارت، فرم پذیرش اسناد، کل حواله ها، کل موارد خسارت حواله، کل بیمه شده های درمان و بیمه شده های طرح بینام وجود دارد.

مرحله اول : (ایجاد فرم پذیرش)

جهت ثبت خسارت پاراکلینیکی ابتدا نیاز به یک فرم پذیرش داریم لذا tab دوم "فرم پذیرش اسناد" را از همین صفحه انتخاب می کنیم در این قسمت با فشردن کلید insert پنجره "فرم پذیرش اسناد جدید" باز و آیتم ها به شرح زیر تکمیل می گردند:

- ۱- نوع پذیرش : حالت عادی تمامی پرونده ها گزینه اصلی را انتخاب می کنیم
- ۲- نوع پرونده : بیمارستانی - پاراکلینیکی. آیتم پاراکلینیکی را انتخاب می کنیم
- ۳- نوع دریافت مدارک : از مرکز درمانی معرفی شده - از بیمه گذار - از بیمه شده. در خسارت های آزاد گزینه از "بیمه گذار" انتخاب میشود
- ۴- شماره بیمه نامه : در این قسمت کلید page down را فشرده پنجره لیست انتخاب باز می شود. با شماره بیمه نامه و کد بیمه گذار (عدد کنار نام بیمه گذار) که در نامه بیمه گذار موجود می باشد، بیمه گذار را جستجو می کنیم. کد بیمه گذار را در ستون کد رایانه بایستی جستجو کرد.

نکته : چنانچه اطلاعات کد بیمه گذار موجود نباشد، در نوار tab های پایین صفحه "کل بیمه شده های درمان" را انتخاب کرده و کد ملی یکی از بیمه شده ها را جستجو و طبق اطلاعات نمایش داده شده شماره بیمه نامه و کد بیمه گذار را جهت استفاده در فرم پذیرش یادداشت مینماییم.

- ۵- بیمه شده : ضرورتی به تکمیل این قسمت نمی باشد.
- ۶- تعداد پرونده خسارت : احتیاجی به تغییر نمی باشد.
- ۷- تاریخ تحویل پرونده ها : به طور خودکار تاریخ روز ثبت است.

۸- کل مبلغ درخواستی : در صورتی که در لیست اظهار نامه جمع کل موجود بود طبق آن ثبت می شود، در غیر این صورت با توجه به پرونده عدد تقریبی ثبت می شود.

۹- ماه ترخیص، شماره بیمه نامه و تاریخ نامه : به ترتیب کنار هم ذکر شده است که ضرورتی به تکمیل این قسمت ها نمی باشد. (مگر در صورت صلاحدید واحد پرداخت)

نکته : با توجه به نحوه تحویل مدارک و پیگیری بیمه گذار در واحد پرداخت تکمیل یکی از آیتم های شماره نامه بیمه گذار یا شماره دبیرخانه الزامی است (با توجه به نامه بیمه گذار)

پس از تایید، ردیف جدیدی ایجاد میشود که دارای کدپذیرش (منحصر بفرد) در ستون اول جدول می باشد عدد مذکور را به عنوان "کد پذیرش" روی پرونده یادداشت می کنیم.

در گام بعدی، از طریق tabهای پایین صفحه tab "ثبت خسارت" را انتخاب کرده وارد صفحه اصلی می شویم. در بخش دوم "تشکیل پرونده" با استفاده از کلید insert پنجره "ثبت خسارت جدید" باز می شود.

مرحله دوم: (ثبت کدپذیرش و دریافت کد رایانه)

- ۱- کد پذیرش: در این قسمت کد فرم پذیرش یادداشت شده را از "لیست انتخاب" جستجو کرده انتخاب می کنیم.
- ۲- طبق لیست: به طور خودکار بله می باشد، لذا احتیاج به تغییر ندارد.
- ۳- بیمه شده: نیازی به تکمیل این گزینه نمی باشد.
- ۴- تاریخ اعلام خسارت: به صورت پیش فرض تاریخ روز می باشد.
- ۵- کارشناس پرونده: نام کاربر از لیست انتخاب، انتخاب می شود.
- ۶- مرکز درمانی: صرفاً در پرونده های طرف قرارداد تکمیل می گردد.
- ۷- شرح: هر نوع اطلاعات مرتبط به پرونده (هزینه های عودتی، ناقصی یا سایر موارد) که نیازمند اطلاع رسانی به بیمه گذار (یا بیمه شدگان) می باشد در این قسمت ثبت می گردد.

۸- ثبت کننده خسارت: به صورت پیش فرض بیمه گر ثبت است.

۹- شماره نامه بیمه گذار: شماره نامه یا دبیرخانه طبق نامه بیمه گذار ثبت می گردد.

نکته: تکمیل صحیح این بخش جهت پیگیری پرونده در آینده بسیار حایز اهمیت است.

۱۰- پرداخت از محل، پرداخت از محل صندوق و برآورد خسارت اولیه؛ سه آیتم مذکور با توجه به لزوم و نوع پرونده انتخاب می شود.

پس از تایید ردیف جدید ایجاد می گردد که دارای کد رایانه (منحصر بفرد) در ستون اول می باشد، این "کد رایانه پرونده" میباید و لازم به تذکر است آن را روی پرونده یادداشت می کنیم.

نکته: در برخی موارد بیمه شدگان از طریق شماره پرونده پیگیری می کنند که در همین قسمت مشخص شده (ستون دوم) لذا آن را نیز روی پرونده قید می کنیم.

مرحله سوم: (پیش فرض حواله تسویه)

در بخش سوم "حواله خسارت" جهت ثبت ردیف جدید با استفاده از کلید insert پنجره جدید باز می شود که بدون تغییر آیتمی تایید میگرد. این بخش به طور پیش فرض حواله تسویه می باشد.

با توجه به شرایط پرونده میتوان پیش فرض حواله تسویه را به موارد زیر تغییر داد:

متمم در صورت اصلاح خسارت --- برگشتی در صورت تعدیل خسارت

مرحله چهارم: (ثبت موارد خسارت)

در بخش چهارم "موارد حواله خسارت" کلید insert را فشرده پنجره "رکورد جدید" باز می گردد.

۱- بیمه شده: بر مبنای نام و نام خانوادگی یا کد پرسنلی یا کد ملی یا... جستجو و انتخاب می کنیم.

نکته: توجه به سال تولد و نسبت بیمه شده اصلی الزامی است به علت موارد تشابه اسمی

۲- تاریخ بیماری: طبق فاکتور ثبت می شود.

۳- نظام پزشکی: عدد صفر ثبت می شود.

۴- نوع هزینه ریز بیماری: از لیست انتخاب، نام بیماری مطابق با فاکتور درمانی انتخاب می گردد.

نکته: توجه به سقف گروه بیماری (در ستون های جلوتر) الزامی است جهت مطابقت با پوشش های قرارداد

۵- مبلغ خسارت اعلام شده: مبلغ فاکتور درمانی (پرداختی بیمار) ثبت می گردد.

۶- مبلغ مورد تایید: مبلغ کارشناسی شده ثبت می گردد.

نکته: در برخی آیتم های بیماری به دلیل اعمال تعرفه این قسمت به صورت پیش فرض با نمایش رقم تعرفه خاموش خواهد شد و امکان تغییر وجود ندارد.

نکته: سیستم به صورت هوشمند عدد کمتر بین گزینه ۵ و ۶ را ملاک محاسبه قرار خواهد داد لذا دقت کارشناس در زمان ثبت و توجه به مبلغ قابل پرداخت الزامی است.

۷- کسر فرانشیز: با توجه به فاکتور و محاسبات در صورت آزاد بودن هزینه گزینه بله و در صورت بیمه ای بودن گزینه خیر را انتخاب می کنیم.

سایر موارد بیان نشده لزومی به تکمیل ندارد پس از کنترل مجدد موارد ثبت شده را تایید می کنیم.

در صورت وجود هزینه دیگری جهت ثبت، پس از تایید و بازگشت به صفحه اصلی پرونده، با فشردن کلید insert پنجره "رکورد جدید" را مجدد باز نموده و طبق توضیحات قبل اقدام به ثبت هزینه جدید می نماییم. تکرار همین روند ثبت تا آخرین هزینه موجود در پرونده.

نکته: جهت استعلام هزینه های بابیمه ثبت شده در سیستم الکترونیک، بایستی از آیتم "نسخ الکترونیک بیمه شده" موجود در بخش سوم صفحه استفاده نمود. پس از انتخاب پنجره مذکور با انتخاب آیتم پایین صفحه "استعلام نسخ الکترونیک بیمه شده" پنجره استعلام باز شده و با تکمیل جدول و تایید پنجره، در صورت وجود هزینه الکترونیک اطلاعات مربوطه در قسمت وسط صفحه نمایش داده خواهد شد.

پس از ثبت تمامی موارد خسارت گزینه "محاسبه گروهی" و پس از آن "محاسبه حواله" را می زنیم. بعد از مشخص کردن گیرندگان حواله پرونده را اختصاص شماره می دهیم. **نکته:** در این قسمت ممکن است پس از مشخص کردن گیرنده حواله پرونده خطای بدهی بدهد، در این صورت دوباره حواله را تایید می نماییم، در صورتی که پرونده بدهی معوق داشته باشد آیکن چاپگر روشن نمیشود.

نکته: در صورتی که آیتم ثبت شده نیاز به دریافت مجوز داشته باشد یا مشکل سیستمی دیگری وجود داشته باشد، در یکی از ستون های انتهایی علت عدم محاسبه به وضوح قید می شود. لذا دقت به شرح ستون فوق در زمان بررسی مشکل عدم محاسبه توصیه می شود.

کلمات انگلیسی پر کاربرد در دستورهای پزشک

Both	دو طرف - هر دو	Ap	نمای روبرو	Lat	نمای پهلو
Bladder	مثانه	Pelvic	لگن	Abdominal	شکم
Cervical	گردن	Brain	مغز	Skull	جمجمه
				Lombo - Spin	کمر
Wrist	مچ دست	Elbow	آرنج	Shoulder	شانه
Leg	ساق پا	Patella	کشکک	Femur	استخوان ران
Foot	کف پا	Ankle	مچ یا قوزک پا	Knee	زانو
Cap	کپسول	Serum 1/3 2/3	سرم	Vial - Amp	آمپول - ویال
Vit	ویتامین	Syrup	شربت	Tab	قرص
				CVA	سکته مغزی

نامه اتوماسیون جهت افزایش تعرفه برخی آزمایشات ژنتیک و غربالگری

تاریخ: 1397/04/25

شماره: 97-190982

پوست: تاریخ

عادی عادی

بیمار

مدیریت بیمه های درمان

بیمه اتوماسیون
(سهامی عام)

با سلام و احترام

با استحضار میسراند بر اساس بختنامه جدید معاونت محترم درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، قیمت تولید داده خام (ستون آخر جدول پیوست) به تعرفه قبلی اعلامی به استحضار آنفراجه گردیده و مجموعاً قابل پرداخت میباشند. واحدهای محترم خسارت میبایست بر اساس تعرفه جدید (تعرفه قبلی - قیمت تولید داده خام) مبادرت به پرداخت هزینه آزمایشات ژنتیک (در قراردادهایی که پوشش غربالگری چنین پوشش بیمه گذار خریداری شده و فرعهد شرکت میباشند) نمایند.

لازم به یادآوری است طبق آیین نامه شماره ۷۴ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران، پوشش غربالگری چنین به عنوان یک پوشش مستقل و با نرخ جداگانه و مشروط به اخذ پوشش زایمان از سوی بیمه گذار (و حداکثر تا ۱۵۰٪ پوشش زایمان) قابل ارائه میباشد.

سیداحمد حسینی
مدیر بیمه های درمان

تلفن: ۹۸۲۲۴۰۰۰۰

فکس: ۹۸۲۲۴۰۰۰۰

آیوان خیابان دافقانی، قاطع سید فزنی، آدرس شعبه: قاطع، شماره: ۱۰۹ تلفن: ۰۰۰-۱۵۰-۰۰۰ فکس: ۰۰۰-۱۵۱-۱۱۱

قیمت تولید داده خام / جز سوم مشترک بین کلیه بخش های دولتی، عمومی، غیر دولتی و خصوصی					
کد	شرح کد	کل	جزء حقه ای	جزء فنی	قیمت تولید داده خام / ریال
۸۱۰۴۰۰	بررسی ۱ تا ۴۰ زن به صورت یک پاتل توسط روش های NGS	۵۱	۲۵	۲۶	۲۱,۱۶۰,۰۰۰
۸۱۰۴۰۲	بررسی ۵۱ تا ۱۰۰ زن توسط روش های NGS	۶۹	۳۲	۳۷	۲۷,۶۲۰,۰۰۰
۸۱۰۴۰۲	بررسی ۵۱ تا ۱۰۰ زن توسط روش های NGS	۸۸	۴۰	۴۸	۳۷,۶۲۰,۰۰۰
۸۱۰۴۰۶	بررسی بیش از ۴۰۰ زن در یک پاتل توسط روش های NGS	۱۰۴	۲۵	۵۱	۴۶,۲۵۰,۰۰۰
۸۱۰۴۰۸	بررسی بیش از ۴۰۰ زن در یک پاتل توسط روش های NGS (شامل اثر دوم)	۹۲	۲۰	۴۴	۱۹,۰۰۰,۰۰۰
۸۱۰۴۱۰	بررسی بیش از ۴۰۰ زن در یک پاتل توسط روش های NGS (شامل اثر دوم، نفر سوم)	۲۶	۱۰	۱۶	۱۹,۰۰۰,۰۰۰
۸۱۰۴۱۵	آزمایش NIPT با استفاده از Cell free DNA جنینی برای غربالگری سندروم داون	۱۷	۴	۱۳	۱۰,۳۸۰,۰۰۰
۸۱۰۴۱۶	PGD برای بیماریهای مولکولی مرحله اول	۶۶	۳۰	۳۶	۲۸,۲۲۰,۰۰۰
۸۱۰۴۷۸	مرحله دوم انجام PGD برای بیماریهای مولکولی تا ۵ جنین	۶۶	۳۰	۳۶	۲۸,۲۲۰,۰۰۰
۸۱۰۴۸۲	PGS یا روش array NGS و یا استفاده به ازای هر جنین	۲۵	۱۲	۱۳	۹,۸۰۰,۰۰۰

دستور العمل وزارت بهداشت جهت اوتیسم



شماره دعوت نامه:	تاریخ: ۱۴۰۰/۰۴/۰۱	ساعت برگزاری: ۱۹ الی ۱۴	مکان: دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت
اعضای شرکت کننده: طبق لیست پیوست			
غائبین:			
موضوع جلسه: پوشش بیمه ای خدمات اوتیسم			

تصمیمات جلسه:

بسته خدمات اوتیسم در سه سطح یک، دو و سه بر اساس جدول پیوست با فرانشیز ۳۰ درصد تعرفه بخش دولتی تحت پوشش بیمه پایه قرار گرفت.

تبصره ۱: کد ۹۰۰۰۹۶ با توجه به شرایط بیماران اوتیسم بصورت فردی قابل ارائه و گزارش می گردد.

تبصره ۲: تعهدات سازمان های بیمه گر پایه از زمان تشخیص بیماری تا ۶ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز می باشد.

تبصره ۳: دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت موظف است دستورالعمل رسیدگی به اسناد خدمات اوتیسم را ظرف ۱ ماه تدوین و ابلاغ نماید.

تبصره ۴: مقرر شد اطلاعات مرتبط از طریق سیستم رجستری الکترونیک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اختیار سازمان ها بیمه پایه قرار گیرد.

کد خدمت	خلاصه شرح خدمت	سطح ۱ تعداد در سال	سطح ۲ تعداد در سال	سطح ۳ تعداد در سال
۹۰۰۱۲۵	مداخلات کار درمانی	۳۰	۲۸	۲۲
۹۰۱۶۵۰	مداخلات کار درمانی	۳۰	۲۸	۲۴
۹۰۰۲۲۰	ارزیابی گفتار	۴	۴	۴
۹۰۰۲۲۵	گفتار درمانی	۲۴	۹۲	۲۴
مداخل کد	مداخلات رفتار - آموزشی	۴۸	۹۶	۴۸
۹۰۰۰۹۶	حفاظت ۳۰ دقیقه	۱۲	۱۲	۱۲
مداخل کد	مداخلات مشاوره - حسابی	۱۲	۱۲	۱۲
۹۰۰۰۹۶	حفاظت ۳۰ دقیقه	۱۲	۱۲	۱۲

نام سازمان	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	سازمان برنامه و بودجه	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان نظام پزشکی
امضا					
نام سازمان	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح	کمیته امداد امام خمینی (ره)	دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت
امضا					

صفحه ۱ از ۱

پایان
بهار ۱۴۰۱