

بنام خدا

راهنمای بیمه درمان تکمیلی

بیمزآپ ۱۴۰۴-۱۴۰۵

**این دفترچه را به عنوان راهنمای
بیمه درمان در گوشی یا رایانه
خود داشته باشید**



بیمزآپ
Bimzup.ir

در راستای ارائه خدمات درمانی به بیمه شدگان محترم و به منظور جبران هزینه های درمانی، اهم مفاد قرارداد و نحوه دریافت هزینه های درمانی شامل بستری و سرپایی به شرح ذیل می باشد.

فهرست

۱. تعاریف و اصطلاحات ----- ۳
۲. تعهدات بیمه نامه (واحد کلیه مبالغ ریال است) ----- ۴
۳. نحوه استفاده از بیمه درمان در خصوص پرونده های بستری و بیمارستانی ----- ۴
۴. مراکز طرف قرارداد بیمه البرز ----- ۶
۵. نحوه استفاده از مراکز طرف قرارداد بیمه تکمیلی ----- ۶
۶. نحوه ارسال مدارک درمانی مربوط به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه تکمیلی ----- ۶
۷. مهلت ارسال مدارک درمانی ----- ۷
۸. پیگیری و مشاهده هزینه درمانی ----- ۹
۹. اعمال تعرفه ----- ۹
۱۰. مواردی که نیاز به تایید پزشک معتمد بیمه گر (بیمه البرز) دارند ----- ۱۰
۱۱. استثنائات ----- ۱۲
۱۲. سوالات پرتکرار ----- ۱۲

۱- تعاریف و اصطلاحات

۱-۱ بیمه گر: شرکت بیمه البرز می باشد که جبران هزینه های بیمارستانی، جراحی و سرپایی ناشی از بیماری و حادثه را طبق شرایط اختصاصی بیمه نامه به عهده می گیرد.

۱-۲ مجری قرارداد: مجموعه بیمزآپ می باشد که بر نحوه اجرای قرارداد نظارت دارد.

۱-۳ بیمه گذار: مجموعه یا شرکت دریافت کننده خدمات بیمه درمان تکمیلی که مشخصاتش در بیمه نامه درج گردیده و مسئولیت ارائه لیست صحیح بیمه شدگان و پرداخت حق بیمه را به عهده دارد.

۱-۴ بیمه شدگان: عبارتست از کلیه پرسنل و کارکنان شاغل در شرکت طرف قرارداد که طی نامه رسمی به همراه افراد تحت تکفل، پدر و مادر بیمه شده اصلی به شرکت بیمه معرفی می شوند.

۱-۵ فرانشیز: مبلغی از صورتحساب که جبران آن به عهده بیمه شده می باشد و در صورتی که بیمه شده در مراکز درمانی از سهم بیمه پایه (بیمه تامین اجتماعی، خدمات درمانی و....) خود استفاده کند مبلغ فرانشیز صفر خواهد بود.



۱-۶ بستری در بیمارستان: عبارتست از اقامت حداقل ۶ ساعت بیمه شده در بخش بیمارستان بنا به دستور پزشک معالج مربوطه.

۱-۷ دوره انتظار: به مدت زمانی گفته می شود که بیمه شده حق بیمه پرداخت می کند ولی از بعضی خدمات مانند بستری، زایمان و تعدادی از جراحی ها امکان استفاده را نخواهد داشت.

(این بیمه نامه شامل دوره انتظار برای لیست اولیه نمی باشد.)

۱-۸ مرکز طرف قرارداد بیمه: به مراکز درمانی اطلاق می گردد که جهت رفاه حال بیمه شدگان با شرکت بیمه قراردادی بسته اند که بر اساس تعرفه فعالیت نموده و صرفاً فرانشیز را دریافت می کنند.

۳- نحوه استفاده از بیمه درمان در خصوص پرونده های بستری و بیمارستانی

حالت اول	
مرکز درمانی طرف قرارداد بیمه تکمیلی (بیمه البرز)	مرکز درمانی طرف قرارداد بیمه پایه (تامین اجتماعی یا خدمات درمانی و....) نیست.
نحوه استفاده و اتفاقی که رخ می دهد	
مرکز درمانی نوع پذیرش بیمار را در صورتحساب " آزاد " قید می نماید و تعرفه ی درمانی را رعایت نمی کند. بیمار مدارک بستری خود را به همراه اصل صورتحساب در ابتدا به بیمه گر پایه ارائه نموده و پس از گذشت حدود ۱۰۰ روز که بیمه پایه پرداختی خود را انجام می دهد، کپی حواله پرداختی بیمه گر پایه را به همراه برابر اصل شده مدارک درمانی خود به بیمه تکمیلی تحویل می دهد تا بیمه تکمیلی نیز بر اساس تعرفه وزارت بهداشت سهم خود را محاسبه و به حساب بیمه شده اصلی پرداخت نماید. *در این حالت بیمه شده کمترین استفاده را از پوشش بیمه ای خود می نماید.	

حالت دوم	
مرکز درمانی طرف قرارداد بیمه تکمیلی (بیمه البرز) هست.	مرکز درمانی طرف قرارداد بیمه پایه (تامین اجتماعی یا خدمات درمانی و....) نیست.
نحوه استفاده و اتفاقی که رخ می دهد	
مرکز درمانی نوع پذیرش بیمار را در صورتحساب، "بیمه البرز" یا "بیمه تکمیلی" قید می نماید و تعرفه ی درمانی برای صدور صورتحساب رعایت می گردد. اصل مدارک به بیمار تحویل نمی گردد، فرانشیز و موارد غیر قابل پرداخت (شامل هزینه همراه، تفاوت اتاق خصوصی با دو تخته، هزینه های بهداشتی، اقلام مصرفی، حق العمل و...) در زمان ترخیص توسط بیمار تسویه می گردد. بیمارستان پرونده را برای بیمه تکمیلی ارسال می نماید و پس از صدور حواله توسط بیمه تکمیلی برای بیمارستان، پرونده در بیمه تکمیلی بایگانی می شود. این فرایند حدود ۱۰۰ روز از ترخیص بیمار بطول می انجامد، سپس بیمه شده می تواند با مراجعه به بیمه تکمیلی اصل پرونده خود را جهت دریافت سهم بیمه گر پایه دریافت نماید. (پس از دریافت پرونده آن را به بیمه پایه ارائه می نماید تا بیمه پایه طی حواله ای سهم خود را پرداخت نماید) *در این حالت بیمه شده از پوشش بیمه تکمیلی خود استفاده می نماید و بیمارستان موظف است تعرفه را در صدور صورتحساب اعمال کند و بیمه شده بخشی اعظمی از فرانشیز پرداختی را پس از تحویل پرونده به بیمه پایه دریافت خواهد کرد.	

حالت سوم	
مرکز درمانی طرف قرارداد بیمه پایه (تامین اجتماعی یا خدمات درمانی و....) هست.	مرکز درمانی طرف قرارداد بیمه تکمیلی (بیمه البرز) هست.
نحوه استفاده و اتفاقی که رخ می دهد	
مرکز درمانی نوع پذیرش بیمار را در صورت حساب "بیمه البرز" و "بیمه پایه" قید می کند و تعرفه ی درمانی برای صدور صورت حساب رعایت می گردد، مدارک به بیمار تحویل نمی گردد و حتی فرانشیز دریافت نمی شود و فقط موارد غیر قابل پرداخت توسط بیمه (شامل هزینه همراه، تفاوت اتاق خصوصی با دو تخته، هزینه های بهداشتی، اقلام مصرفی، حق العمل و....) در زمان ترخیص توسط بیمار تسویه می گردد. *در این حالت بیمه شده از پوشش بیمه ای تکمیلی خود بیشترین استفاده را می نماید و نیازی به ارسال مدارک نیست.	

حالت چهارم	
مرکز درمانی طرف قرارداد بیمه پایه (تامین اجتماعی یا خدمات درمانی و....) هست.	مرکز درمانی طرف قرارداد بیمه تکمیلی (بیمه البرز) نیست.
نحوه استفاده و اتفاقی که رخ می دهد	
این حالت اغلب در مراکز درمانی سرپایی (آزمایشگاه ها و تصویربرداری ها) رخ می دهد. مرکز درمانی نوع پذیرش بیمار را در صورت حساب "بیمه پایه" قید می نماید و تعرفه ی درمانی برای صدور صورت حساب رعایت می گردد، گزارش و صورت حساب به بیمار تحویل می گردد و حدود ۷۰٪ صورت حساب از بیمار دریافت می شود (فقط سهم بیمه گر پایه کسر می گردد)، بیمه شده می تواند مدارک خود را جهت دریافت هزینه بعمل آمده تحویل بیمه تکمیلی دهد. اگر مرکز درمانی بالاتر از تعرفه در صدور صورت حساب اعمال کرده باشد، بیمه تکمیلی بر اساس تعرفه پرداخت خسارت خواهد نمود ولی فرانشیز کسر نخواهد کرد، در صورتیکه مرکز درمانی بر اساس تعرفه وزارت بهداشت صورت حساب را صادر کرده باشد، سهم بیمه گر پایه و بیمه تکمیلی کل هزینه را پوشش خواهد داد دقیقاً مثل حالت سوم.	

۴- مراکز طرف قرارداد بیمه البرز

مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه البرز را در آدرس ذیل مشاهده فرمایید.

<https://alborzinsurance.ir/MedicalCenters>

۵- نحوه استفاده از مراکز طرف قرارداد بیمه تکمیلی

به هنگام مراجعه به مراکز درمانی بستری و سرپایی طرف قرارداد بیمه، بایستی کارت ملی را به همراه داشته باشید.

*** نکته مهم: با توجه به تفاهم نامه صورت گرفته با بیمه البرز مبنی بر عدم تحویلی فیزیک خسارات درمانی (به استثنا هزینه های بیمارستانی) تمامی هزینه ها پس از ثبت در سامانه سیناد بیمه البرز (به شرط واضح بودن و کامل بودن عکس مدارک درمان) پرداخت خواهد شد.

✓ با توجه به اینکه بیمه گر در طول قرارداد می تواند از بیمه شدگان درخواست فیزیک مدارک داشته باشد لازم است فیزیک مدارک نزد بیمه شدگان تا پایان قرارداد باقی بماند و معدوم نگردد.

۶- نحوه ارسال مدارک درمانی مربوط به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه تکمیلی

۱-۶ پرونده بستری:

۱-۱-۶ مدارک مورد نیاز جهت مراکز طرف قرارداد با بیمه پایه (تامین اجتماعی یا خدمات درمانی و....)

- ارائه نسخه دوم صورتحساب یا کپی برابر اصل صورتحساب
- ارائه شرح عمل جراحی یا معالجات انجام شده ممهور به مهر پزشک معالج و بیمارستان.
- ارائه ریز هزینه ها، مواد مصرفی و دارو ممهور به مهر پزشک معالج و بیمارستان (شامل ریز صورتحساب و صورت حساب کلی)
- ارائه اصل قبوض پرداخت سهم بیمار با مهر صندوق بیمارستان
- ارائه اصل فاکتور اورتز و یا پروتز استفاده شده در معالجه با درج مهر پزشک معالج و بیمارستان.
- ارائه گزارش پاتولوژی در صورت نمونه برداری

۲-۱-۶ مدارک مورد نیاز جهت مراکز غیر طرف قرارداد با بیمه پایه (تامین اجتماعی یا خدمات درمانی و....)

- مراجعه و ارائه اصل مدارک بیمارستانی به بیمه پایه جهت اخذ سهم بیمه گر پایه.
 - ارائه اصل یا کپی حواله پرداختی بیمه گر پایه.
 - ارائه کپی برابر اصل صورتحساب توسط بیمه گر پایه (شامل ریز صورتحساب و صورت حساب کلی)
 - ارائه کپی برابر اصل شرح عمل جراحی یا معالجات انجام شده ممهور به مهر پزشک معالج و بیمارستان
 - ارائه کپی برابر اصل ریز هزینه ها و مواد مصرفی و دارو ممهور به مهر پزشک معالج و بیمارستان
 - ارائه اصل فاکتور اورتز و یا پروتز استفاده شده در معالجه با درج مهر پزشک معالج و بیمارستان
 - ارائه گزارش پاتولوژی در صورت نمونه برداری
- ✓ توجه: قبض یا صورتحساب ودیعه و یا دارای مانده مبلغ، قابل پرداخت نمی باشد.

۲-۶ درمان سرپایی:

۱-۲-۶ انواع هزینه پاراکلینیکی:

- ارائه اصل دستور پزشک معالج دارای شماره نظام پزشکی و تخصص مرتبط مبنی بر انجام خدمات درمانی
 - توجه: در صورتیکه خدمات انجام شده تحت پوشش بیمه پایه نباشد و خدمات به صورت آزاد انجام شده باشد الزاما اصل دستور پزشک باید ارائه شود (دست نویس دکتر یا پرینت شده نسخه آنلین).
 - ارائه اصل صورتحساب پرداختی ممهور به مهر صندوق مرکز درمانی
- ✓ توجه: ارائه صورتحساب یا قبض المثنی (چاپ مجدد) مورد تایید نمی باشد.
- ارائه اصل یا کپی جواب یا گزارش خدمات درمانی بعمل آمده مانند جوابیه آزمایش، گزارش سی تی اسکن، کلیشه گرافی و بطوری که تاریخ آن و نام پزشک با دستور پزشک مطابقت داشته باشد.

۲-۲-۶ هزینه فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتار درمانی:

- ارائه اصل دستور پزشک معالج دارای شماره نظام پزشکی و تخصص مرتبط مبنی بر انجام خدمات درمانی شامل تعداد جلسات مورد نیاز، نوع بیماری و تعداد عضو فیزیوتراپی شده. (برای انجام فیزیوتراپی بیش از ۱۰ جلسه یا بیش از دو اندام، ارسال گزارش ام آر آی الزامیست).
 - ارائه اصل صورتحساب پرداختی ممهور به مهر صندوق مرکز درمانی.
- ✓ توجه: درج تاریخ جلسات و هزینه درمانی انجام شده به تفکیک هر جلسه الزامی است.
- ارائه رسید پرداختی اعم از رسید POS، کارت به کارت، پرینت بانکی الزامی است.

۳-۲-۶ هزینه عینک:

- ارائه اصل دستور چشم پزشک معالج دارای شماره نظام پزشکی و یا اپتومتریست و تعیین نمره نقص بینایی
- ارائه اصل برگه اپتومتری ممهور به مهر چشم پزشک یا اپتومتریست
- ارائه اصل صورتحساب پرداختی ممهور به مهر عینک سازی
- ارائه رسید پرداختی اعم از رسید pos، کارت به کارت، پرینت بانکی الزامی است.

۴-۲-۶ هزینه دارو:

- ارائه اصل دستور پزشک معالج دارای شماره نظام پزشکی بطور کاملاً خوانا (در صورت امکان قبل از مراجعه به داروخانه از نسخه کپی یا با گوشی خود عکس بگیرید).
- ✓ اگر دارو به صورت آزاد و بدون دستور پزشک تهیه شود قابل پرداخت نخواهد بود.
- ✓ اگر دارو تحت پوشش بیمه پایه نباشد اصل دستور نیاز است.
- توجه ۱: پزشک، فقط دستور داروهایی را به صورت آنلاین درج می نماید که تحت پوشش بیمه پایه قرار داشته باشد.
- توجه ۲: گاهی از مواقع داروخانه اعلام می نماید که مشابه داروی مذکور را دارد و یا نمونه خارجی آن دارو دارد، در این مواقع با شما به صورت آزاد حساب نموده و بیمه تکمیلی بر اساس تعرفه داروی درج شده در دستور پزشک پرداختی انجام می دهد.
- ✓ اگر دارو تهیه شده تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی باشد نیازی به ارائه دستور پزشک نیست.
- ارائه اصل صورتحساب پرداختی ممهور به مهر صندوق داروخانه با چاپ اقلام دارویی توسط داروخانه.

۵-۲-۶ هزینه ویزیت:

- ارائه اصل صورتحساب پزشک معالج دارای شماره نظام پزشکی بابت ویزیت دریافتی با درج نام، کدملی و تاریخ مراجعه بدون قلم خوردگی.

۶-۲-۶ هزینه دندانپزشکی:

- ارائه اصل صورتحساب دندانپزشک معالج دارای شماره نظام پزشکی بابت ریز خدمات انجام شده. سطوح پر شده و نوع ترمیم ذکر شود (در صورت عدم ذکر کمترین تعرفه اعمال می گردد)
- ارائه گرافی قبل و بعد از درمان در موارد ذیل مورد نیاز است:
- ✓ الف) جراحی دندان (شامل هر نوع جراحی دندان مانند جراحی ریشه، جراحی نهفته، جراحی نیمه نهفته و ...)
- ✓ ب) ترمیم یا پرکردن بیش از ۳ دندان
- ✓ ج) عصب کشی
- ✓ د) روکش
- ✓ ه) روکش استیل ضد زنگ (SSC) (عکس با گوشی جهت اطفال زیر ۱۲ سال)
- ارائه رسید پرداختی اعم از رسید pos، کارت به کارت، پرینت بانکی الزامی است.

***برخی موارد مثل ایمپلنت، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی نیاز به ویزیت و تایید دندانپزشک معتمد بیمه خواهد داشت.**

✓ نکته: هزینه جرمگیری و همچنین کشیدن تا ۲ دندان نیازی به ارائه گرافی قبل و بعد نمی‌باشد.

۷- مهلت ارسال مدارک درمانی

- مدارک بستری ۵ ماه از تاریخ بستری یا یک ماه از واریز سهم بیمه گر پایه
- مدارک سرپایی حداکثر ۳ ماه از تاریخ هزینه

۸- ثبت، پیگیری و مشاهده هزینه درمانی

برای ثبت، پیگیری و مشاهده هزینه های درمانی می‌توانید از لینک زیر اقدام فرمایید.

<https://sinad.ealborzins.ir/darmanafzar.customer/index.html>

در این صفحه جهت ورود نیاز به کد ملی بیمه شده اصلی می‌باشد.

(نام کاربری و رمز عبور کدملی بیمه شده اصلی می‌باشد. لطفا نام کاربری و رمز خود را تغییر ندهید.)

۹- اعمال تعرفه

کلیه هزینه های آزاد ارسالی با تعرفه مربوطه همتراز می‌گردد و پس از کسر فرانشیز مبلغ قابل پرداخت مشخص می‌شود.

نحوه اعمال تعرفه در دارو: هزینه داروهایی تایید می‌شود که جنبه درمانی داشته باشد و داروهای مکمل که نیاز درمانی نباشد، داروهای تقویتی، زیبایی پوست و مو مورد تایید نمی‌باشند.

✓ داروهای مکمل در صورت ارائه جواب آزمایش و دستور پزشک متخصص قابل پرداخت می‌باشد.

نحوه اعمال تعرفه در دندانپزشکی: هزینه های ارائه شده دندانپزشکی صرفا مطابق تعرفه و تخصص پزشک تایید و پس از کسر فرانشیز پرداخت می‌گردد، این مبلغ ممکن است به علت اضافه دریافت پزشک معالج تا کمتر از ۵۰٪ مبلغ صورتحساب دندانپزشکی باشد.

در موارد تصویربرداری و سونوگرافی و فیزیوتراپی و صرفا بر اساس تعرفه مربوط به دستور پزشک معالج محاسبه خواهد شد و مبالغ دریافتی بابت امور انجام شده خارج از دستور پزشک تایید نمی‌شود.

۱۰- مواردی که نیاز به تایید پزشک معتمد بیمه گر (بیمه تکمیلی) دارند

۱-۱۰ جراحی بینی مانند آندوسکوپی سینوس، سیتوپلاستی، شکستگی بینی و....

*حضور بیمه شده به منظور انجام معاینات پزشکی جهت تأیید نوع جراحی و بررسی جنبه زیبایی یا درمانی جراحی توسط پزشک معتمد بیمه گر در موارد ذیل ضروری می باشد:

الف) در مواردی که طبق مدارک تشخیصی ارائه شده توسط بیمه شده (مانند سی تی اسکن و یا رادیوگرافی یا) تأیید گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع جراحی توسط پزشک معتمد امکان پذیر نباشد.

ب) با توجه به سن و جنسیت بیمه شده (بطور شایع افراد کمتر از ۳۵ سال) که احتمال جنبه زیبایی وجود دارد. مدارک مورد نیاز: ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع عمل جراحی، کلیشه و گزارش سی تی اسکن یا رادیوگرافی.

۲-۱۰ جراحی دیسک و ستون فقرات (بدون نیاز به معاینه پزشکی)

*به منظور اظهار نظر و تأیید اولیه توسط پزشک معتمد موارد ذیل می بایست ارائه گردد.

مدارک مورد نیاز: ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری، کلیشه و گزارش MRI

۳-۱۰ بیماری های اعصاب و روان (بدون نیاز به معاینه پزشکی)

مدارک مورد نیاز: ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری (به منظور بررسی استثنائات بیمه نامه در این نوع بیماری)

۴-۱۰ جراحی های معده از قبیل بای پس معده و اسلیو

*حضور بیمه شده به منظور بررسی جنبه درمانی و انجام معاینات پزشکی توسط پزشک معتمد بیمه گر ضروری است. پزشک معتمد می بایست نسبت به تعیین BMI بیمار (محاسبه قد و وزن) اقدام نماید.

مدارک مورد نیاز: ارائه کارت شناسایی معتبر، گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری، کلیه مدارک پزشکی و گزارش اقدامات تشخیصی قبل از عمل بانضمام مدارک مربوط به بیماری های متابولیک نظیر دیابت و کم کاری تیروئید و...

تبصره- جراحی بای پس معده در چاقی های مرضی (Morbid Obesity) با BMI بزرگتر از ۴۰ و در صورتیکه جنبه درمانی داشته باشد، قابل محاسبه می باشد.

۵-۱۰ جراحی پلک - بلفاروپلاستی و بلفاروپتوز

*حضور بیمه شده به منظور بررسی جنبه زیبایی یا درمانی و انجام معاینات پزشکی توسط پزشک معتمد بیمه گر ضروری است.

مدارک مورد نیاز: ارائه گزارش پریمتری + فتوگرافی های قبل از عمل (در صورت انجام)

۶-۱۰ جراحی و یا لیزر عروق واریس پا

*حضور بیمه شده به منظور بررسی جنبه زیبایی یا درمانی و انجام معاینات پزشکی توسط پزشک معتمد بیمه گر ضروری است.

اظهار نظر پزشک معتمد در خصوص موارد ذکر شده خواهد بود: ۱- جنبه درمانی ۲- انجام با لیزر (اقدام سرپایی) ۳- منجر به جراحی (اقدام بستری)

مدارک مورد نیاز: ارائه سونوگرافی داپلر عروق پاها (در صورت انجام)

۷-۱۰ جراحی ترمیم فتق نافی یا شکمی

*حضور بیمه شده به منظور بررسی جنبه زیبایی یا درمانی و انجام معاینات پزشکی توسط پزشک معتمد بیمه گر ضروری است.

مدارک مورد نیاز: ارائه سونوگرافی جداره شکم (در صورت انجام)

۸-۱۰ ماموپلاستی

*حضور بیمه شده به منظور بررسی جنبه زیبایی یا درمانی و انجام معاینات پزشکی توسط پزشک معتمد بیمه گر ضروری است.

مدارک مورد نیاز: ارائه کلیشه ماموگرافی یا سونوگرافی قبل از عمل، تعیین قد و وزن بیمه شده

تبصره ۱: ارائه گزارش پاتولوژی بافت برداشته شده مربوط به بعد از عمل که نشان دهنده وزن بافت های برداشته شده است ضروری می باشد.

تبصره ۲: ماستوپکسی به دلیل اینکه جنبه زیبایی دارد در تعهد بیمه گر نمی باشد.

تبصره ۳: اعمال ترمیمی به دنبال ماستکتومی به علت سرطان سینه در تعهد بیمه گر می باشد.

۹-۱۰ لیوساکن (برداشتن چربی اضافی)، ابدومینوپلاستی (کشیدن پوست شکم)، ژنیکوماستی (بزرگی پستان در مردان)

*عمل لیوساکن و جراحی ترمیم دیاستازیس شکمی در هر حال جنبه زیبایی داشته و قابل پرداخت نیست.

*عمل جراحی ابدومینوپلاستی تقریباً همیشه جنبه زیبایی داشته و قابل پرداخت نیست؛ در موارد نادری که پوست و چربی ناحیه شکمی تا ناحیه پویس آویزان شده باشد و منجر به عفونت قارچی یا اختلال در اعمال روزانه گردد، طبق نظر پزشک معتمد و یا کمیسیون پزشکی پس از معاینه بیمار و قبل از عمل قابل بررسی و تأیید می باشد.

*عمل ژنیکوماستی (بزرگی پستان در مردان): معاینه و تأیید پزشک معتمد از جهت بزرگی پستان طبق دستورالعمل اعلامی، قبل از عمل الزامی است.

۱۰-۱۰ هزینه اتاق ایزوله و همراه

در مواردی که پزشک معالج با توجه به نوع بیماری بیمه شده، اتاق ایزوله و یا حضور همراه تجویز نماید، در صورت تأیید پزشک معتمد (طبق دستورالعمل)، در ذیل معرفی نامه صادره تعهد به پرداخت مورد مذکور درج می گردد.

۱۰-۱۱ سایر موارد که با تشخیص و نظر پزشک معتمد ضروری می باشد.

۱۱- استثنائات

انجام اعمال جراحی زیبایی، رفع عیوب مادرزادی، سقط جنین غیر قانونی، ترک اعتیاد، معالجات جهت عقیم شدن، هزینه های ناشی از نزاع، خودکشی، حوادث طبیعی، جنگ و فعل و انفعالات اتمی، قتل و جنایت، معالجه بیماری روانی و جنون، بیماریهای اپیدمی و ایدز، خرید اعضای مصنوعی، پروتزهای متحرک (سطحی)، داروهایی که جنبه تقویتی و غذایی دارند، لوازم آرایشی، بهداشتی و ارتوپدی، تفاوت هزینه اتاق خصوصی با دو تخته و همراه (مگر با تشخیص پزشک معالج)، اqlام مصرفی و حق العمل جزء استثنائات بیمه درمان تکمیلی می باشد.

۱۲- سوالات پر تکرار

✓ چرا مبالغ پرداختی توسط شرکت بیمه کمتر از مبالغ فاکتورهای درمانی است ؟

همانطور که می دانید کلیه مراکز درمانی می بایست بر اساس تعرفه وزارت بهداشت از بیمه شدگان هزینه دریافت کنند؛ لذا مازاد بر آن تخلف محسوب می شود، صرفاً مبلغ قابل پرداخت براساس نرخ وزارت بهداشت مورد قبول می باشد، بنابراین شرکت های بیمه نمی توانند خلاف قانون عمل نمایند، لیکن مجدداً توصیه می شود که امور درمانی خود را با معرفی نامه (آنلاین و کتبی) در مراکز طرف قرارداد انجام دهید.

✓ فرآیند درخواست صدور معرفی نامه کتبی چگونه است؟

بیمه شده می بایست با ارسال کارت ملی و دستور پزشک و کلیه مستندات پزشکی مبنی بر انجام امور درمانی معرفی نامه را دریافت نماید.

✓ آیا برای داروخانه معرفی نامه صادر می گردد؟

هزینه های مربوط به خرید دارو در پوشش ویزیت و دارو می باشد و امکان صدور معرفی وجود ندارد، شخص می بایست شخصا هزینه ها را پرداخت کرده، سپس با ارائه مستندات نسبت به دریافت خسارت های خود اقدام نماید.

✓ آیا هزینه هایی که توسط پزشک تایید شده باشد، قابل پرداخت است؟

برخی اقدامات پزشکی یا داروهای مصرفی که عموماً مربوط به بیماری هایی که ریشه در گذشته داشته اند، نیازمند ارائه سیر درمانی و پرونده پزشکی از گذشته تا حال می باشد.

✓ در صورتیکه هزینه های درمان یکجا و کلی نوشته شود، هزینه آن در بیمه تکمیلی قابل پرداخت است؟

کلیه هزینه ها شامل اقدامات پزشکی یا داروهای مصرفی می بایست به تفکیک درج گردد.

✓ آیا هزینه های روانشناسی در بیمه تکمیلی قابل پرداخت است؟

هزینه های روانشناسی و مشاوره تحت پوشش بیمه تکمیلی نمی باشد، در صورتیکه جنبه درمانی داشته باشد و بیمه گر نسبت به آن مدارک کافی داشته باشد، صرفاً هزینه ویزیت بر اساس مدرک تحصیلی پزشک معالج محاسبه و پرداخت خواهد شد.

✓ آیا داروهای خارجی تحت پوشش بیمه تکمیلی می باشند؟

داروهای خارجی به شرطی تحت پوشش بیمه تکمیلی می باشند که نمونه ایرانی آن وجود نداشته باشد. در غیر این صورت با خرید داروی خارجی، معادل ایرانی آن پرداخت می گردد.

✓ آیا لیزیک چشم در بیمه تکمیلی قابل پرداخت است؟

لیزیک یا لازک چشم به شرط آنکه به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، درجه نزدیک بینی، دور بینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، از محل پوشش رفع عیوب انکساری قابل پرداخت است.

✓ بیمه گذار در خصوص کاهش یا افزایش بیمه شدگان در بیمه درمان گروهی چه اقداماتی باید انجام دهد؟

بیمه گذار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را با اضافه نمودن علت تغییر وضعیت و تاریخ تغییر وضعیت به همراه مستندات مربوطه مانند لیست تأمین اجتماعی و... برای

بیمزآپ ارسال نماید. در مورد افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان حق بیمه به صورت ماه شمار محاسبه می گردد و در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان اگر فرد مذکور هزینه ای را از شرکت بیمه دریافت نموده باشد حق بیمه فرد تا پایان مدت قرارداد باید پرداخت شود اما بیمه شده نمی تواند از پوشش بیمه ای استفاده نماید. اگر بیمه شده هیچ گونه هزینه ای را دریافت نکرده باشد حق بیمه تا آخرین ماه تحت پوشش بودن فرد محاسبه می شود و از آن ماه تا پایان مدت قرارداد حق بیمه ای محاسبه نمی گردد.

✓ شرایط و تاریخ حذف بیمه شده در بیمه درمان گروهی چگونه است؟

تاریخ موثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گذار و از تاریخ دریافت نامه وی می باشد. موارد حذف بیمه شدگان عبارت است از فوت و یا خروج از کفالت و یا قطع همکاری با ارائه مستندات می باشد. بدیهی است این دسته از بیمه شدگان از تاریخ قطع رابطه حق مطالبه هیچ گونه خسارتی را نخواهد داشت.

✓ آیا امکان اضافه شدن بیمه شده در مدت قرارداد بیمه درمان تکمیلی گروهی وجود دارد؟

- امکان اضافه شدن بیمه شده طی مدت قرارداد بیمه درمان تکمیلی وجود ندارد، مگر طی سه حالت ذیل:
۱. متقاضی همسر خود را بخواهد به نفرات تحت پوشش اضافه نماید (حداکثر تا دو ماه پس از تاریخ عقد)
 ۲. فرزند تازه متولد شده (حداکثر تا دو ماه بعد از تولد)
 ۳. کارمند تازه استخدام شده (حداکثر تا دو ماه بعد از تاریخ بیمه تامین اجتماعی و شروع به کار)

✓ در صورت عدم پرداخت اقساط حق بیمه درمان توسط بیمه گذار، پرداخت خسارت ها چگونه خواهد بود؟

در صورت عدم پرداخت اقساط و وجود قسط معوقه، خسارات بیمه درمان پرداخت نخواهد شد و ارائه خدمات آنلاین نیز مسدود می گردد.

✓ آیا هزینه اقامت همراه در اتاق خصوصی توسط بیمه درمان تکمیلی قابل پرداخت است؟

هزینه اقامت همراه بیماران زیر ۷ سال و بالای ۷۰ سال بابت اتاق خصوصی، پرداخت خواهد شد. هزینه اتاق خصوصی و همراه بیمار، به شرط تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر، قابل پرداخت خواهد بود.

✓ مهلت استفاده از معرفی نامه پزشکی برای مراجعه به مراکز درمانی در بیمه درمان تکمیلی چقدر است؟

حداکثر زمان اعتبار معرفی نامه ۵ روز است.

✓ آیا امکان صدور معرفی نامه پزشکی در شهرستان ها وجود دارد؟

بیمه شدگان می توانند برای مراکز درمانی طرف قرارداد از طریق مراجعه به شعب شرکت بیمه البرز معرفی نامه پزشکی دریافت نمایند.

✓ آیا بیمه گر اجازه تحقیق در خصوص سلامتی و درمان های انجام شده بیمه شده را دارد؟

حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه گر محفوظ می باشد.

✓ **فرآیند کاری در صورتیکه تعدادی از افراد در لیست اولیه بیمه شدگان در قرارداد بیمه درمان تکمیلی ارائه نشود، چگونه خواهد بود؟**

اعضائی که اسامی آنها و هر یک از اعضای خانواده ایشان در ابتدای قرارداد اعلام و درج نشده باشند، نمی توانند در آن قرارداد بیمه درمان تکمیلی تحت پوشش قرار بگیرند.

✓ **فرم انصراف از سهم بیمه گر پایه (تامین اجتماعی و غیره) در چه مواردی مورد نیاز است؟**

بیمه شده در صورت مراجعه به بیمارستان و یا مراکز درمانی که با سازمان تامین اجتماعی قرارداد ندارد، برای دریافت سهم سازمان تامین اجتماعی از هزینه های انجام شده می بایست ابتدا اسناد و صورت حساب های خود را به بیمه گر پایه تحویل دهد، پس از واریز وجه توسط بیمه گر پایه به حساب بیمه شده، می بایست حواله مبلغ پرداخت شده به همراه کپی برابر اصل مدارک ارائه شده به بیمه گر پایه برای بررسی و محاسبه به بیمه گر درمان تکمیلی تحویل گردد.

در صورت عدم تمایل به دریافت سهم بیمه گر پایه، اصل مدارک پرونده به همراه فرم انصراف از دریافت سهم بیمه گر پایه می بایست ضمیمه مدارک ارسالی گردد.

✓ **فرآیند کاری در صورت ناقص بودن مدارک خسارت بیمه درمان چگونه است؟**

برخی مدارک درمان ممکن است به دلیل نقائص موجود در پرونده، برگشت (عودت) داده شوند، لذا بیمه شده پس از اطلاع از نقص مدارک و رفع آن (تکمیل مدارک) می بایست، مجدد مدارک را ارسال نماید.

✓ **در صورت اعلام شماره شبا نادرست، فرآیند پرداخت خسارت چگونه خواهد بود؟**

با توجه به آنکه پرداخت هزینه های خسارت صرفاً به حساب بانکی شخص بیمه گذار (بیمه شده اصلی) از طریق انتقال به شماره شبا می باشد، لذا در صورت یکسان نبودن، پروسه پرداخت انجام نخواهد شد.

✓ **چطور می توان وضعیت پرداختی هزینه خسارت های ارائه شده به شرکت بیمه را کنترل نمود؟**

برای کنترل هزینه های پرداخت شده توسط شرکت بیمه، سامانه ای طراحی شده تا با وارد کردن کد ملی و تاریخ تولد بیمه شده اصلی لیست تمامی خسارت ها و مبالغ پرداختی را به تفکیک نفرات مشاهده نمود.

*لازم به ذکر است در این پنل فقط هزینه های واریز شده (حواله گرفته) درج می گردد.

<https://sinad.ealborzins.ir/darmanafzar.customer/index.html>