

قابل توجه بیمه گزاران محترم

جدول دریافت مدارک پزشکی و پرداخت هزینه های بیمه تکمیلی ایران

ردیف	نوع کار درمانی	مدارک لازم جهت دریافت
۱	هزینه پاراکلینیکی (انواع اسکن و سونوگرافی - ماموگرافی و انواع ام آر آی و انواع آندوسکوپی و اکو داپلر مغزی استخوان ، استرس اکو ، دانیستومتری، انواع چشم (پریمتری ، پنتاکم، OCT) کولونوسکوپی - اسکن	اصل دستور پزشک ، اصل فاکتور مهر شده ، کپی جواب
۲	هزینه پاراکلینیکی ۲ (انواع تست ، تست ورزش ، تست آلرژی تنفسی ، نوار عضله ، نوار عصب ، نوار مغز، نوار مئانه ، شنوایی سنجی، هولتر مانیتورینگ قلب ، آنژیوگرافی دو چشم ، بینایی سنجی، مانومتری، گرافی	اصل دستور پزشک ، اصل فاکتور مهر شده ، کپی جواب
۳	جراحی مجاز سرپایی : ختنه، جراحی مجاز شکستگی و در رفتگی ، گچ گیری و کردن گچ ، خارج کردن پین ، کراپوتراپی ، اکسیژیون بخیه و کشیدن بخیه لیپوم ، تخلیه کیست ، لیزر درمانی ، بیوکسی ، برداشتن خال ، زگیل و میخچه و شستشوی گوش	اصل دستور پزشک ، شرح درمان انجام شده ، اصل فاکتور مهر شده ( در مورد شکستگی و در رفتگی و گچ گیری گرافی عضو مورد درمان لازم است .
۴	الف: داروهای دولتی ، داروهای بیمه ای ب : داروهای آزاد	الف: اصل دستور پزشک ممهور به مهر پزشک با پرینت داروخانه مهر شده و در مبلغ دریافتی بیمار (خوانا باشد) ب: داروهای آزاد : اصل دستور پزشک ممهور به مهر پزشک و داروخانه ، پرینت داروخانه و یا تایید مبلغ دریافتی همراه با ریز مبلغ در روی نسخه
۵	ویزیت پزشکان عمومی ، متخصص و فوق تخصص	اصل قبض رسید ممهور به مهر پزشک معالج و قید تاریخ
۶	انواع تزریقات و وصل سرم	اصل نسخه به همراه مهر
۷	هزینه های اورژانسی در موارد غیر بستری	اصل مدارک بیمارستانی با مهر اورژانس و گزارش اورژانس الزامی
۸	خدمات آزمایشگاهی : کلیه هزینه های آزمایش تشخیص پزشک ، پائولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک انواع گرافی فیزیوتراپی	اصل دستور پزشک ، اصل فاکتور مهر شده ، کپی جواب
۹	فیزیوتراپی	اصل دستور پزشک قبض هزینه آزاد حساب شده الزامی است در صورت انجام دادن بیش از ۱۰ جلسه فیزیوتراپی نیاز به کپی جواب ام آر آی و یا اسکن می باشد . جلسات فیزیوتراپی به صورت جداگانه و مهر و امضاء گردد .
۱۰	هزینه های عینک طبی و لنز تماس طبی	اصل دستور پزشک اپتومتری (تعیین نمره چشم ) اصل فاکتور عینک ممهور به مهر خرید عینک ، قید تاریخ برگه تعیین نمره چشم (ممهور به مهر چشم پزشک ) باشد . هزینه های بالاتر از مبلغ ۲ میلیون تومان رسید بانکی ضمیمه گردد .
۱۱	دندانپزشکی	ترمیمی : دستور دندانپزشک ، شرح درمان انجام شده ، رسید مبلغ دریافتی ، ۳ واحد به بالا عکس قبل و بعد روت کانال و عصب کشی : عکس قبل و بعد از درمان ، شرح درمان انجام شده ، رسید مبلغ پرداختی ایمپلنت : لیبل ایمپلنت عکس و بعد و تایید پزشک معتمد