

«یا مَنْ اسْمُهُ دَوَاءٌ وَ ذِكْرُهُ شِفَاءٌ»

**راهنمای استفاده از خدمات بیمه تکمیلی  
درمان کارکنان بنیاد ایران شناسی و افراد  
تحت پوشش ایشان برای سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳**



بنیاد ایران شناسی

## مقدمه

ضمن آرزوی سلامتی و عدم نیاز به استفاده از خدمات بیمه تکمیلی درمان برای همکاران گرامی و خانواده های محترم تان به استحضار می رساند با بررسی های به عمل آمده از شرکت های بیمه ای مختلف و در راستای افزایش ۵ برابری سقف خدمات بیمه تکمیلی و گسترش و ایجاد تعهدات جدید در آن نسبت به سنوات گذشته، بنیاد ایران شناسی با بهره گیری از الطاف الهی و حمایت ریاست بنیاد و قائم مقام ایشان، نسبت به عقد قرارداد با شرکت **بیمه دی** (دارنده ۳۰ درصد بازار بیمه تکمیلی کشور) اقدام نموده است. لذا جهت استفاده بهینه از خدمات بیمه تکمیلی جدید و افزایش رضایت کارکنان، توجه به نکات زیر حائز اهمیت و الزامی می باشد.

## الف) تعهدات بیمه تکمیلی دی

به اطلاع می رساند تعهدات دارو، ویزیت، دندانپزشکی، غربالگری جنین و رفع عیوب انکساری چشم و ناباروری برای اولین بار به لیست تعهدات بیمه تکمیلی بنیاد ایران شناسی اضافه شده است.

از ساعت صفر تا ساعت ۲۴ تاریخ: ۱۴۰۳/۰۱/۳۱ تا ساعت ۲۴ تاریخ: ۱۴۰۳/۰۱/۳۱		به مدت: ۳۶۵ روز		نوع بیمه
<b>حداکثر تعهدات بیمه گر</b>				
در صد	سقف سالیانه	تعهد	مرجع	تعهدات اصلی
فرانشیز	(هر نفر) ریال			
۱۰	۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	بند ۱		۱- جبران هزینه‌های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود
۱۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰ داخل شهری ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ بیرون شهری	بند ۱		۲- هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج
۱۰	۲/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	بند ۳		۳- جبران هزینه‌های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، منز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند منز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل منز.
۱۰	۱۲۰/۰۰۰/۰۰۰	بند ۴		۴- هزینه‌های زایمان اعم از طبیعی و سزارین.
۱۰	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	بند ۵		۵- ارائه پوشش هزینه‌های مربوط به درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، IVF، ZIFT، GIFT و میکرواینجکشن.
۱۰	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	بند ۶		۶- جبران هزینه‌های رادیوگرافی، آنژیوگرافی، عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، انواع اندوسکوپی، ام آر آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دایسیتومتری.
۱۰	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	بند ۷		۷- جبران هزینه‌های انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولترمانیتورینگ، تست ورزش، آدنیز پیس میکر، EECF، نیت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (السیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (EMG.NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریستری، بیومتری و پتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری).
۱۰	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	بند ۸		۸- جبران هزینه‌های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش‌های تشخیصی پزشکی شامل پانل‌لوزی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک
۳۰	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	بند ۹		۹- جبران هزینه‌های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مزاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری.
۳۰	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	بند ۱۰		۱۰- جبران هزینه‌های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لته.
۱۰	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	بند ۱۱		۱۱- جبران هزینه‌های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.
۱۰	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	بند ۸		۱۲- جبران هزینه‌های فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی.
۱۰	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	بند ۱۳		۱۳- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی.
۱۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	بند ۱۴		۱۴- جبران هزینه‌های تست های غربالگری جنین شامل مارک‌های جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین.
۱۰	۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	بند ۱		۱۵- حداکثر تعهدات ردیلهای ۲.۱

## ب) شرایط استفاده بهینه از بیمه تکمیلی و دریافت حداکثر سقف مبالغ خسارت

- ✓ ثبت نسخ درمانی بصورت الکترونیکی (نسخه الکترونیکی) و ارائه کد پیگیری نسخه مورد نظر به بیمه گر پایه و بیمه تکمیلی درمان دی
- ✓ با توجه به الزام مجلس شورای اسلامی و تصویب قانون ثبت نسخ بصورت الکترونیکی در اسفند ۱۴۰۰ و تاکید دولت و وزارت بهداشت و عدم پوشش سازمان های بیمه گر پایه ، ارائه نسخ کاغذی موجب افزایش فرانشیز و کاهش میزان پرداختی بیمه تکمیلی دی به بیمه شدگان می شود لذا حتما برای ثبت نسخ خود بصورت الکترونیکی در زمان مراجعه به پزشکان اصرار و تاکید نمایید. لازم به ذکر است که طبق قانون بودجه ۱۴۰۲ مصوب مجلس شورای اسلامی، تمامی مراکز درمانی از جمله بیمارستان های خصوصی خاص و مطب های پزشکان موظف به عقد قرارداد با بیمه های پایه و ثبت نسخ بصورت الکترونیک می باشند و صدور نسخ کاغذی خلاف قوانین و مقررات کشور می باشد.
- ✓ مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد با بیمه تامین اجتماعی و کسر سهم بیمه پایه از مبالغ خسارت درمانی (تمامی مراکز درمانی دانشگاهی، دولتی، نظامی، خیریه و برخی از مراکز درمانی بخش خصوصی طرف قرارداد با بیمه های پایه می باشند)
- ✓ دریافت و نگهداری مدارک درمانی لازم (از جمله نسخه پزشک ، جواب اقدامات درمانی، فاکتور و .....)
- ✓ بارگزاری مدارک درمانی طبق جدول پیوست در این راهنما در سایت و یا اپلیکیشن **درمون** و همچنین ارائه اصل مدارک فیزیکی به واحد امور کارکنان بعد از بارگزاری توسط شخص بیمه شده در سایت یا اپلیکیشن درمون الزامی می باشد. توجه نمایید در صورت دقت به نکته فوق، پرداخت خسارت شما در سریع ترین زمان ممکن انجام می پذیرد.

[www.darmoon.net](http://www.darmoon.net)

- ✓ اولویت قرارداد در مراجعه به مراکز طرف قراردادی که بصورت همزمان با بیمه تامین اجتماعی و بیمه دی قرارداد دارند. زیرا مبلغ دریافتی از بیمه شدگان تقریباً صفر می باشد.

- ✓ ارائه کد ملی به مراکز طرف قرارداد قبل از پذیرش بستری جهت دریافت معرفی نامه آنلاین توسط بیمارستان برای انجام اعمال جراحی و یا اقدامات پزشکی که مستلزم بستری بیمارستانی می باشد، موجب سهولت در استفاده از خدمات بیمه تکمیلی خواهد شد.
- ✓ ارائه عکس قبل و بعد از اقدامات دندانپزشکی در مراکز غیر طرف قرارداد الزامی می باشد.
- ✓ دریافت گواهی ویزیت در سربرگ مطب پزشک که بصورت خوانا و ممهور به مهر پزشک و به همراه رسید دستگاه پوز یا هر سند مالی دیگر برای دریافت هزینه خسارت درمانی از نوع ویزیت الزامی می باشد.
- ✓ مراجعه به داروخانه های طرف قرارداد با بیمه تامین اجتماعی و کسر بیمه پایه جهت دریافت هزینه خسارت درمانی از نوع دارو الزامی می باشد. لازم به ذکر است مراجعه به داروخانه های که همزمان طرف قرارداد با بیمه دی و بیمه تامین اجتماعی می باشند موجب کاهش شدید پرداختی بیمه شدگان خواهد شد.
- ✓ با توجه به اینکه بخش زیادی از حق بیمه تکمیلی بابت پوشش خدمات ویزیت، دارو و دندانپزشکی می باشد. لذا پیشنهاد می شود که اولا خدمات فوق به مرور در طول دوره قرارداد حتما استفاده شود و ثانيا در ارائه مدارک مربوط به این تعهدات با توجه توضیحات فوق نهایت دقت به عمل آید تا حداکثر بهره‌وری از این تعهدات گران قیمت حاصل شود.
- ✓ نقص مدارک و فقدان کفایت اسناد مثبت، عدم رعایت تعرفه‌های مصوب سالیانه تعیین شده توسط وزارت بهداشت توسط مراکز درمانی خصوصی، درخواست خدمات اضافی و یا انجام نشده توسط مرکز درمانی و انحراف در صورت حساب درخواستی و نظایر آن از مهمترین علل اعمال کسورات بر صورت حساب ارایه شده بیمه شدگان می باشد.
- ✓ جهت استفاده از اتاق خصوصی (یک نفره) ارائه دستور پزشک و شرح دلیل نیاز به اتاق خصوصی الزامی می باشد.

## ج) موارد استثنا

اعمال زیر در صورت انجام در مطب پزشکان توسط بیمه تکمیلی قابل پرداخت و پوشش نمی باشد.

۱	کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توأم باشد.
۲	اعمالی که برای اجرای آن باز کردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتق‌ها)
۳	اعمال جراحی روی استخوان‌های بزرگ و طولی بدن
۴	اعمال جراحی داخل قفسه صدری، کاتتریسیم قلب و عروق
۵	اعمال روی عضلات، اوتار، اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس
۶	اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادرار زن و مرد، گذاردن فورسپس و زایمان‌های غیرطبیعی و طبیعی
۷	کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه
۸	اعمال جراحی وسیع استخوان‌های فک و صورت و داخل حلق (از جمله شکاف کام و لب شکری، لوزتین و سینوس‌ها)
۹	بیوپسی انساج داخل مری، تراشه، برونش‌ها، روده‌ها، مثانه، کبد و طحال
۱۰	عمل کاتاراکت، گلوکوم، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استرایسیم چشم
۱۱	عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و...
۱۲	عمل جراحی استئوسنتز در شکستگی فکین (Open reduction)
۱۳	بیرون‌آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین
۱۴	رزکسیون فک
۱۵	رزکسیون کندیل فک
۱۶	رزکسیون زبان
۱۷	عمل جراحی باز در آرچ زایگما
۱۸	جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی
۱۹	جا انداختن دررفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی - فکی
۲۰	عمل جراحی روی عصب دندانی - تحتانی
۲۱	بیرون‌آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.

### هزینه این موارد نیز از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است:

۱. اعمال جراحی که به‌منظور زیبایی انجام می‌شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
۲. عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک مورد اعتماد بیمه‌گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
۳. سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک درمان‌گر
۴. ترک اعتیاد
۵. خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه‌شده
۶. حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان

۷. جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات دارای صلاحیت

۸. فعل و انفعالات هسته‌ای

۹. هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک درمان‌گر و تأیید پزشک مورد اعتماد بیمه‌گر

۱۰. هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک مورد اعتماد بیمه‌گر

۱۱. جنون

۱۲. جراحی لثه در موارد غیر درمانی و یا جنبه زیبایی

۱۳. لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند. مگر به تشخیص پزشک مورد اعتماد بیمه‌گر

۱۴. جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

۱۵. هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی

۱۶. رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک مورد اعتماد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

۱۷. کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نشده است.

## **(د) نحوه و مدارک لازم جهت دریافت خسارت درمانی از بیمه تکمیلی**

### **نحوه دریافت خدمات بیمارستانی**

الف) در صورتی که محل بستری یکی از بیمارستان‌های طرف قرارداد شرکت بیمه دی باشد: بیمه‌شده می‌تواند با ارائه کد ملی و نام و نوع بیمه تکمیلی به پذیرش بیمارستان مراجعه نماید.

ب) در صورتی که محل بستری در سایر بیمارستان‌ها (غیر طرف قرارداد با شرکت بیمه دی) باشد: پس از ترخیص و تسویه حساب، همه مدارک بیمارستانی دارای مهر بیمارستان و گواهی پزشک را برای شرکت بیمه دی ارسال کنید. هزینه‌ها برابر با مفاد قرارداد بیمه و تعرفه بستری و درمان در بیمارستان‌های طرف قرارداد هم درجه و فرانشیز مربوطه محاسبه و پرداخت می‌شود.

در صورت نوشته نشدن حق‌الزحمه پزشکان در صورت حساب، این مبلغ بر اساس مفاد قرارداد با آن مراکز یا مراکز هم‌درجه تأمین می‌شود.

در صورت قرارداد نداشتن بیمارستان با بیمه‌گر پایه، بیمه‌شده ابتدا باید با اصل پرونده به بیمه‌گر پایه (تامین اجتماعی) خود مراجعه و پس از دریافت سهم آن، کپی برابر اصل مدارک همراه با گواهی مبلغ پرداختی (تامین اجتماعی) تحویل شرکت بیمه دی شود.

### مدارک مورد نیاز برای پرداخت هزینه‌های بیمارستانی

۱. اصل صورتحساب بیمارستان دارای مهر بیمارستان با ذکر تاریخ ورود و خروج، نام و نام خانوادگی و مشخصات بیمار

۲. گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری و علت بستری

۳. دستور پزشک، نتیجه گزارش کلیه خدمات سرپایی

۴. گزارش شرح عمل یا بیماری به همراه نظریه پزشک یا پزشکان درمان‌گر در خصوص علت بیماری و شرح درمان‌های انجام‌شده

۵. گواهی پزشک بیهوشی (گزارش بیهوشی) همراه با مهر دکتر بیهوشی در صورت عمل جراحی

۶. گواهی پزشکان مشاوره

۷. اصل صورتحساب ریز آزمایشات، دارو، لوازم مصرفی، رادیولوژی و مواردی دیگر دارای مهر بیمارستان

۸. دستور پزشک، نتیجه گزارش کلیه خدمات سرپایی

۹. خلاصه پرونده



۱۰. در صورت استفاده از پروتز و یا هر گونه جسم خارجی در حین عمل باید فاکتور ارائه شده دارای مهر شرکت تجهیزات پزشکی خریداری شده، پزشک معالج و پزشک جراح به همراه تأییدیه اتاق عمل باشد و نام وسیله در شرح عمل نیز نام برده شده و گرافی قبل و بعد از عمل نیز ارائه شود.

۱۱. اصل قبوض پرداختی

۱۲. سایر مدارک ارائه شده توسط بیمارستان

۱۳. سایر مدارک به تشخیص پزشک مورد اعتماد بیمه گر

## توجه

۱. اعمال جراحی که نیاز به تأیید پزشک مورد اعتماد، قبل از عمل جراحی دارند:

جهت انجام اعمال جراحی که در زیر آمده است، قبل از انجام عمل جراحی به منظور دریافت تأیید از پزشک مورد اعتماد بیمه گر، ضمن در دست داشتن مدارک مورد نیاز با مسئولان شرکت بیمه دی هماهنگی لازم را انجام دهید:

**جراحی های بینی:** گواهی پزشک درمان گر مبنی بر نوع و علت بیماری + کلیشه و گزارش سی تی اسکن یا رادیوگرافی (جراحی زیبایی رینوپلاستی در تعهد نیست)

**رفع عیوب انکساری چشم (لیزیک):** گواهی پزشک درمان گر مبنی بر نوع و علت بیماری + برگه اپتومتری با ذکر نمره چشم کامپیوتری

**جراحی چشم شامل افتادگی پلک، استرایسیم (انحراف چشم):** گواهی پزشک درمان گر مبنی بر نوع و علت بیماری + معاینه توسط پزشک مورد اعتماد بیمه گر + گزارش پریمتری

**هرفنی شکمی:** گواهی پزشک درمان گر مبنی بر نوع و علت بیماری + معاینه توسط پزشک مورد اعتماد بیمه گر + سونوگرافی

**کلیه جراحی های پلاستیک:** گواهی پزشک درمان گر مبنی بر نوع و علت بیماری + معاینه توسط پزشک مورد اعتماد بیمه گر

**جراحی های چاقی مفروط:** معاینه بالینی توسط پزشک مورد اعتماد

**بیماری های اعصاب و روان:** گواهی پزشک درمان گر مبنی بر نوع و علت بیماری (با مهر پزشک مربوطه)

## نحوه دریافت خدمات پاراکلینیکی

الف) در صورتی که محل مراجعه یکی مراکز طرف قرارداد شرکت بیمه دی باشد: بیمه شده می تواند با ارائه کد ملی و نام بیمه تکمیلی دی به پذیرش بیمارستان یا هر مرکز درمانی مراجعه کند.

ب) در صورتی که محل مراجعه سایر مراکز درمانی طرف قرارداد باشکرت بیمه دی نباشد:

### جهت دریافت هزینه های پاراکلینیکی ارائه مدارک زیر الزامی است:

۱. دستور پزشک درمان گر مبنی بر انجام هزینه سرپایی و تشخیصی دارای مهر پزشک

۲. اصل قبض رسید صندوق و یا فاکتور هزینه دارای مهر مرکز درمانی

۳. تصویر نتیجه یا جواب هزینه سرپایی و تشخیصی

## مدارک لازم برای اقدامات پزشکی

نوع مرکز درمانی	مدارک مورد نیاز در اسناد مستقیم و غیر مستقیم (بیمه شده)
بیمارستان	۱- اصل گواهی پرداخت سهم بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...)
	۲- ارسال دستور پزشک مبنی بر علت بستری ممهور به مهر و امضاء پزشک.
	۳- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر بیمارستان.
	۴- اصل صورت حساب پزشکان ممهور به مهر بیمارستان.
	۵- ارسال دستورات پزشک در طول بستری.
	۶- اصل گواهی پزشکان معالج، شرح حال اولیه، خلاصه پرونده، مشاوره، شرح عمل، برگه بیهوشی (همراه با چارت بیهوشی) و ممهور به مهر پزشک و کمک جراح.
	۷- ارسال ریز دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر و امضاء پزشکان جراح، بیهوشی، سرپرست اتاق عمل.
	۸- ارسال اصل فاکتورهای معتبر و یا تصویر برابر اصل در صورت وجود بیمه پایه از اورتر و پروتزهای مصرف شده جهت درمان بیمار همراه با لیبل مربوطه، گرافی قبل و بعد از عمل و ارائه گواهی تائید مصرف آن توسط پزشک معالج و مهر و امضاء مسئول اتاق عمل.
	۹- ارسال تائیدیه کتبی پزشک متعمد جهت مواردیکه طبق مفاد قرارداد نیاز به تائید دارد.
	۱۰- ارسال گزارش انجام آندوسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوار عصب و عضله، رادیولوژی، CT، MRI و ...
	۱۱- ارسال برگه سیر بیماری (جهت بیماری که تحت درمان طبی قرار می گیرند) با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک معالج.
	۱۲- ارسال گزارش فیزیوتراپی مبنی بر تعداد جلسات با ذکر تاریخ و نوع خدمات انجام شده با توجه به درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر فیزیوتراپیست.
۱۳- در صورت ارسال پرونده به بیمه گر پایه کپی برابر اصل اسناد فوق مورد تایید می باشد.	
درمانگاه	۱- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت ممهور به مهر و امضاء پزشک در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) و یا با توجه به حذف دفترچه های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت) ارائه کد رهگیری جهت بیمه شدگان بیمه سلامت و ارائه کد ملی بیمه شده جهت استعلام نسخ تأمین اجتماعی الزامی است.

<p>۲- اصل صورت حساب پزشکان و خدمات ارائه شده ممهور شده به مهر درمانگاه.</p> <p>۳- ارسال ریز دارو و لوازم مصرفی ممهور به مهر و امضاء پزشکان جراح، بیهوشی، سرپرست اتاق عمل.</p> <p>۴- ارسال برگه شرح عمل، برگه بیهوشی ممهور به مهر پزشکان و درمانگاه.</p> <p>۵- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش انجام آندوسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوار عصب و عضله، رادیولوژی، CT، MRI و....</p> <p>۶- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش فیزیوتراپی مبنی بر تعداد جلسات و نوع خدمات انجام شده با توجه به درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر فیزیوتراپیست.</p>	
<p>۱- ارسال تصویر صفحه اول دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ....)</p> <p>۲- ارسال دستور پزشک مبنی بر علت بستری ممهور به مهر و امضاء پزشک.</p> <p>۳- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر مرکز جراحی</p> <p>۴- اصل صورت حساب پزشکان ممهور به مهر مرکز جراحی</p> <p>۵- ارسال دستورات پزشک در طول بستری.</p> <p>۶- اصل گواهی پزشکان معالج، شرح حال اولیه، خلاصه پرونده، مشاوره، شرح عمل، برگه بیهوشی (همراه با چارت بیهوشی) و ممهور به مهر پزشک و کمک جراح.</p> <p>۷- ارسال ریز دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر و امضاء پزشکان جراح، بیهوشی، سرپرست اتاق عمل.</p> <p>۸- ارسال اصل فاکتورهای معتبر و یا تصویر برابر اصل در صورت وجود بیمه پایه از اورتز و پروتزهای مصرف شده جهت درمان بیمار همراه با لیبل مربوطه، گرافی قبل و بعد از عمل و ارائه گواهی تائید مصرف آن توسط پزشک معالج و مهر و امضاء مسئول اتاق عمل.</p> <p>۹- ارسال تائیدیه کتبی پزشک متعمد جهت مواردیکه طبق مفاد قرارداد نیاز به تائید دارد.</p> <p>۱۰- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش انجام آندوسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوار عصب و عضله، رادیولوژی، CT، MRI و....</p> <p>۱۱- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل برگه سیر بیماری (جهت بیمارانی که تحت درمان طبی قرار می گیرند) با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک معالج.</p> <p>۱۲- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش فیزیوتراپی مبنی بر تعداد جلسات و نوع خدمات انجام شده با توجه به درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر فیزیوتراپیست.</p> <p>۱۳- در صورت ارسال پرونده به بیمه گر پایه کپی برابر اصل اسناد فوق مورد تایید می باشد.</p>	<b>مرکز جراحی محدود</b>
<p>۱- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت (در خصوص آزمایشات ژنتیک و غربالگری علت درخواست آزمایش توسط پزشک معالج مشخص شود). ممهور به مهر و امضاء پزشک در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) و یا با توجه به حذف دفترچه های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت) ارائه کد رهگیری جهت بیمه شدگان بیمه سلامت و ارائه کد ملی بیمه شده جهت استعلام نسخ تأمین اجتماعی الزامی است.</p> <p>۲- ارسال جواب آزمایشات پاتولوژی، ژنتیک، ناباروری، تست های غربالگری جنین و تومور مارکرها با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک.</p> <p>۳- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر آزمایشگاه.</p>	<b>آزمایشگاه</b>
<p>۱- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت ممهور به مهر و امضاء پزشک در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) و یا با توجه به حذف دفترچه های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت) ارائه کد رهگیری جهت بیمه شدگان بیمه سلامت و ارائه کد ملی بیمه شده جهت استعلام نسخ تأمین اجتماعی الزامی است.</p> <p>۲- ارسال گزارش تصویربرداری با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک.</p> <p>۳- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر مرکز.</p>	<b>تصویربرداری</b>
<p>۱- دستور تجهیز با قید نام بیمه شده و اقلام مورد نیاز جهت جراحی و تعداد مورد نیاز و مهمور به مهر جراح.</p> <p>۲- فاکتور معتبر و رسمی از شرکت تجهیزات پزشکی. توضیحات: مشخصات فاکتور معتبر: در سربرگ رسمی که در آن نام، آدرس و تلفن شرکت، کد اقتصادی، شماره ثبت شناسه ملی شرکت تجهیزات پزشکی، نام و مشخصات کامل خریدار (کد ملی، آدرس، تلفن و...) و مشخصات کالا (شرح کالا، مدل، کد IRC، شماره سریال، تعداد، شرکت سازنده، کشور سازنده، قیمت واحد، قیمت کل) ذکر شده و مهمور به مهر و امضای فروشنده باشد.</p> <p>۳- صورت حساب بیمارستانی مرتبط با جراحی.</p>	<b>تجهیزات پزشکی</b>

	<p>۴- گزارش عمل جراحی (شرح عمل) با قید مشخصات بیمه شده به همراه مهر جراح و اتاق عمل.</p> <p>۵- کپی صورتحساب بیمارستان با قید مشخصات بیمه شده به همراه مهر بیمارستان.</p> <p>۶- کپی کارت ملی و صفحه اول دفترچه درمانی بیمه شده.</p> <p>۷- ارائه گرافی قبل و بعد از عمل در جراحی های ارتوپدی و ارائه مدارک مثبت دال بر بکارگیری تجهیزات مورد نظر در حین جراحی (علاوه بر شرح جراحی) در خصوص سایر جراحی ها.</p> <p>۸- ارائه تاییدیه جراحی پزشک معتمد بیمه دی در خصوص مواردیکه نیاز به تایید دارد.</p> <p>۹- ارسال پیش فاکتور تایید شده بیمه دی در خصوص مواردیکه نیاز به تایید دارد.</p>
<b>سمعک و شنوایی</b> <b>سنجی (در تعهد تامین اجتماعی است)</b>	<p>۱- اصل دستور پزشک متخصص مبنی بر شنوایی سنجی.</p> <p>۲- اصل صورت حساب خدمات ارائه شده ممهور به مهر و امضاء مرکز شنوایی سنجی.</p> <p>۳- اصل دستور تجویز سمعک توسط پزشک متخصص گوش و حلق و بینی</p> <p>۴- اصل فاکتور فروش و تعمیر سمعک ممهور به مهر مرکز شنوایی سنجی. (درج مشخصات بیمه شده، نام کالا، تعداد، قیمت در کلیه فاکتورهای ارسالی شرکت فروشنده سمعک).</p> <p>۵- کپی کارت گارانتی سمعک.</p> <p>۶- در تعهد بیمه تکمیلی دی برای کارکنان بنیاد ایران شناسی نمی باشد لیکن مدارک فوق قابل ارائه به بیمه تامین اجتماعی می باشد.</p>
	<p>۱- تصویر شفاف نسخه پزشک به همراه ریز اقلام و ریز قیمت به همراه مهر پزشک و داروخانه در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر (تأمین اجتماعی - خدمات درمانی و ...) و یا با توجه به حذف دفترچه های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت)، چاپ پرینت از سامانه بیمه گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه پایه در دستور پزشک معالج الزامی است.</p> <p>۲- در نسخ داروهای آزاد ارسال اصل برگه دفترچه درمانی و یا با توجه به حذف دفترچه های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت)، چاپ پرینت از سامانه بیمه گر پایه و یا درج شماره پیگیری سامانه بیمه پایه در دستور پزشک معالج الزامی است.</p> <p>۳- ارائه برگه پرفوراز داروخانه ممهور به مهر داروخانه</p> <p>۴- در نسخ بیماران خاص و صعب العلاج ارائه مدارک مثبت در صورت درخواست کارشناس دارویی الزامیست.</p> <p>۵- رونوشت توضیحات پزشک معالج در مورد نسخ مخدوش. (تاریخ و تعداد و نام دارو).</p>
	<p>۱- اصل صورت حساب ممهور به مهر و امضاء عینک سازی.</p> <p>۲- اصل دستور تجویز عینک طبی با قید نمره چشم توسط چشم پزشک و یا کارشناس بینایی سنجی (اپتومتریست).</p> <p>۳- اصل پرینت کامپیوتری نمره چشم با قید مشخصات کامل بیمه شده به همراه مهر چشم پزشک و یا کارشناس بینایی سنجی.</p> <p>۴- در تعهد بیمه تکمیلی دی برای کارکنان بنیاد ایران شناسی نمی باشد لیکن مدارک فوق قابل ارائه به بیمه تامین اجتماعی تا سقف ۳۰۰ هزار تومان می باشد.</p>
	<p>۱- ارسال دستورات پزشک متخصص مرتبط مبنی بر نوع خدمت ممهور به مهر و امضاء پزشک در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...).</p> <p>۲- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش فیزیوتراپی مبنی بر تعداد جلسات با ذکر تاریخ و نوع خدمات انجام شده با توجه به درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر فیزیوتراپیست.</p> <p>۳- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر و امضاء مرکز فیزیوتراپی و ذکر مشخصات کامل و تاریخ هر جلسه و امضاء بیمار.</p>
	<p>۱- ارسال دستورات پزشک متخصص مرتبط مبنی بر نوع خدمت ممهور به مهر و امضاء پزشک در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) و نوع بیماری بیمه شده و علت در خواست توسط پزشک معالج مشخص شود.</p> <p>۲- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر و امضاء مرکز توانبخشی و ذکر مشخصات کامل بیمار.</p> <p>۳- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش خدمت انجام شده مبنی بر تعداد جلسات با ذکر تاریخ و نوع خدمات انجام شده با توجه به درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر درمانگر.</p>
	<p>۱- اصل ریز صورت حساب با ذکر دقیق نوع خدمات ارائه شده ممهور به مهر و امضاء دندانپزشک با قید مشخصات بیمه شده.</p> <p>۲- مدارک مورد نیاز مطابق با موارد موجود در ابلاغیه تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد. (در صورت درخواست گرافی توسط دندانپزشک معتمد گرافی باید دارای تاریخ و مشخصات بیمه شده باشد).</p>

۳- ارسال اصل تاییده دندانپزشک معتمد جهت موارد نیازمند تایید، موجود در ابلاغیه تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی	
۱- اصل صورت حساب ممهور شده به مهر روانپزشک، دکتری روانشناسی، روانشناس ارشد پروانه دار به همراه نوع خدمات ارائه شده با ذکر تاریخ و مشخصات بیمه شده در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) یا سربرگ مرکز یا مطب و ذکر علت مشاوره و عنوان بیماری بیمه شده	<b>خدمات مشاوره</b>
۱- دستور پزشک متخصص ممهور به مهر و امضاء پزشک (متخصص ارتوپدی، جراحی مغز و اعصاب، داخلی مغز و اعصاب، طب فیزیکی و توانبخشی) ۲- اصل فاکتور فروش ارتز با قید مشخصات بیمه شده و همراه با مهر کلینیک ارتوپدی فنی و یا داروخانه. ۳- تایید پزشک معتمد در موارد قید شده در قرارداد درمان ۴- معرفی نامه سجایای بنیاد شهید با قید نوع خدمت درخواستی و تاریخ آخرین دریافت ارتز در معرفی نامه، برای هر بیمه شده (صرفاً جهت ارتزهای ساختنی در قرارداد درمان بنیاد شهید) ۵- اصل رضایت نامه بیمه شده مبنی بر تحویل و رضایت از ارتز. (صرفاً جهت ارتزهای ساختنی در قرارداد درمان بنیاد شهید) ۶- اصل یا تصویر گواهی تفکیک درصد جانابازی در موارد مورد نیاز طبق مفاد شیوه نامه بنیاد شهید. (صرفاً جهت بیمه شدگان قرارداد درمان بنیاد شهید)	<b>ارتز</b>
۱- ارسال برگه ویزیت پزشک ممهور به مهر و امضاء پزشک در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) یا سربرگ پزشک معالج ۲- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت ممهور به مهر و امضاء پزشک در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) یا سربرگ پزشک معالج ۳- ارسال دستورات پزشک متخصص مرتبط جهت خدمت فیزیوتراپی ممهور به مهر و امضاء پزشک در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) یا سربرگ پزشک معالج ۴- ارسال اصل صورت حساب یا قبض معتبر خدمات ارائه شده ممهور به مهر مرکز خدمات بالینی در منزل. ۵- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش فیزیوتراپی و پانسمان مبنی بر تعداد جلسات با ذکر تاریخ و نوع خدمات انجام شده با توجه به درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر فیزیوتراپیست. ۶- ارسال اصل ریز صورتحساب و کپی فاکتور خرید کلی لوازم مصرفی شرکت خدمات بالینی در منزل برای هر بیمار.	<b>خدمات بالینی در منزل</b>
۱- ارسال اصل دستور پزشک معالج مبنی بر لزوم دریافت خدمت ICU در منزل ممهور به مهر و امضاء پزشک. ۲- ارسال اصل صورت حساب با قید مشخصات کامل بیمار ممهور به مهر مرکز خدمات بالینی در منزل. ۳- ارسال اصل برگه گزارش سیر بیماری با قید مشخصات کامل بیمار و مهر و امضاء پزشک معالج (در روزهای ویزیت) و پرستار (روزانه). ۴- سطح بندی خدمات ICU در منزل (تیپ A یا تیپ B) توسط پزشک معتمد با معاینه بالینی بیمار ۵- ارسال اصل ریز صورتحساب و کپی فاکتور خرید کلی لوازم مصرفی شرکت خدمات بالینی در منزل برای هر بیمار.	<b>خدمت ICU در منزل</b>
۱- ارسال اصل یا تصویر ویزیت پزشک ممهور به مهر و امضاء پزشک در دفترچه درمانی سازمان های بیمه گر (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) (یا با توجه به حذف دفترچه های درمانی در صورت استفاده آنلاین از خدمات بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت) ارائه کد رهگیری جهت بیمه شدگان بیمه سلامت و ارائه کد ملی بیمه شده جهت استعلام نسخ تأمین اجتماعی الزامی است. ۲- ارسال اصل یا تصویر گزارش خدمات مجاز در مطب مانند اکو قلب، نوار قلب، تست ورزش، نوار عصب و عضله و... به همراه مهر و امضاء پزشک.	<b>مطب پزشک</b>
۱- اصل قبض هزینه آمبولانس ممهور به مهر مرکز درمانی مبداء و مقصد. (در خدمت برون شهری با ذکر کیلومتر و زمان). ۲- اصل دستور پزشک مبنی بر درخواست انتقال بیمار به مرکز درمانی ۳- مدارک مبنی بر بستری در مرکز درمانی (خلاصه پرونده، شرح حال و ...)	<b>آمبولانس</b>
۱- قرارداد محضری بین دهنده و گیرنده. ۲- نامه انجمن حمایتی. ۳- ارائه کپی صورتحساب و شرح عمل (استثناء پیوند مغزاستخوان شامل موارد فوق نمی شود).	<b>پیوند اعضا بدن</b>

## و) مراکز طرف قرارداد با بیمه تکمیلی دی در سطح کشور

شرکت بیمه دی با ۹۱۱۵ مرکز درمانی اعم از بیمارستان، آزمایشگاه، مطب و داروخانه و ..... در سطح کشور قرارداد با امکان صدور معرفی نامه آنلاین دارد.

لیست مراکز طرف قرارداد در لینک های زیر قابل مشاهده می باشد.

- [https://www.dayins.com/health\\_insurance](https://www.dayins.com/health_insurance)
- <https://www.dayins.com/%D8%B4%D8%A8%DA%A9%D9%87-%D8%A7%D8%B1%D8%A7%D9%87-%D8%AE%D8%AF%D9%85%D8%A7%D8%AA/%D9%85%D8%B1%D8%A7%D8%AC%D8%B9-%D8%AF%D8%B1%D9%85%D8%A7%D9%87%DB%AC-%D8%BA%D8%B1%D9%81-%D9%82%D8%B1%D8%A7%D8%B1%D8%AF%D8%A7%D8%AF>

**نکته مهم:** مجددا تاکید می شود جهت کاهش پرداختی همکاران گرامی و مصرف کمتر از سقف بیمه تکمیلی خویش توصیه می شود در هنگام مراجعه در مواقع غیر اورژانسی ترجیحا مراکز از لیست فوق انتخاب شود که طرف قرارداد با بیمه تامین اجتماعی نیز باشند تا بدین شکل هم سقف کمتری از بیمه تکمیلی استفاده شود و هم پرداختی همکاران به کمترین مبلغ ممکن کاهش یابد.

لیست مراکز درمانی طرف قرارداد با سازمان تامین اجتماعی نیز در لینک زیر قابل مشاهده می باشد.

- <https://darman.tamin.ir/Forms/Public/CustomerList.aspx?pagename=hdCustomerList>

در پایان به اطلاع می رساند در صورت توجه به نکات ارائه شده در این راهنما، قطعا رضایت همکاران گرامی و خانواده های ایشان از تعهدات جدید بیمه تکمیلی حاصل خواهد شد.

