

شیوه نامه نحوه پرداخت هزینه‌های درمانی دانشگاه شهید بهشتی

۱۴۰۴-۱۴۰۵



پیش از کاربرد سند، با اسکن
خط نماد، از اصالت و اعتبار
آن مطمئن شوید

محل درج خط
نماد دو بعدی

۳	.....	۱-مقدمه
۳	.....	۲-هدف
۳	.....	۳-اسناد مرتبط
۳	.....	۴-محدوده کاربرد و ذینفعان
۳	.....	۵-مسئول اجرا
۳	.....	۶-مسئول نظارت
۴	.....	۷-تفکیک خسارت‌ها
۴	.....	۷-۱-بیمارستان
۴	.....	۷-۲-مراکز جراحی محدود
۵	.....	۷-۳-تجهیزات پزشکی استفاده شده در حین اعمال جراحی
۵	.....	۷-۴-آمیولاتس
۵	.....	۷-۵-پرداخت هزینه خرید اعضاء طبیعیبدن
۶	.....	۷-۶-خدمات شیمی درمانی
۶	.....	۷-۷-رادیوتراپی
۶	.....	۷-۸-مراکز نازایی و ناباروری
۶	.....	۷-۹-درمانگاه
۷	.....	۷-۱۰-آزمایشگاه
۷	.....	۷-۱۱-تصویربرداری
۷	.....	۷-۱۲-سمک و شنوایی‌سنجی
۷	.....	۷-۱۳-فیزیوتراپی
۸	.....	۷-۱۴-کایروپراکتیک
۸	.....	۷-۱۵-گفتاردرمانی و کاردرمانی
۸	.....	۷-۱۵-۱-کاردرمانی
۸	.....	۷-۱۵-۲-گفتاردرمانی
۸	.....	۷-۱۶-مطب
۹	.....	۷-۱۷-کولونوسکوپی
۹	.....	۷-۱۸-خدمات مشاوره
۹	.....	۷-۱۹-داروخانه
۹	.....	۷-۱۹-۱-جزییات پوشش دارو
۱۰	.....	۷-۲۰-عینک
۱۰	.....	۷-۲۱-دندانپزشکی
۱۱	.....	۷-۲۲-ارتز و پروتز
۱۱	.....	۷-۲۳-تحریک مغناطیسی فرا جمجمه‌ای RTMS
۱۱	.....	۷-۲۴-نوروفیدبک
۱۲	.....	۷-۲۵-بیوفیدبک
۱۲	.....	۷-۲۶-هزینه‌های مربوط به جراحی‌های اعمال مجاز سرپایی
۱۲	.....	۷-۲۷-خنثه
۱۲	.....	۷-۲۸-بخیه
۱۲	.....	۷-۲۹-درمان شکستگی‌ها
۱۲	.....	۷-۳۰-لیزر درمانی
۱۲	.....	۷-۳۱-اکسیژن‌یون لیپوم و کیست
۱۳	.....	۷-۳۲-بیوپسی
۱۳	.....	۷-۳۳-تخلیه کیست
۱۳	.....	۷-۳۴-کرایوتراپی
۱۳	.....	۷-۳۵-کوثر
۱۳	.....	۸ نکات مهم

الف - کلیات

۱ مقدمه

این روزها به دلیل هزینه‌های بالای درمان، داشتن بیمه تکمیلی یک الزام اصلی در زندگی به شمار می‌رود، در صورت بروز بیماری بیمه‌های تکمیلی درمان بخش زیادی از هزینه‌های درمان بیمار را پوشش می‌دهند و بیمار و خانواده‌ی ایشان نگرانی مبنی بر هزینه‌های درمان نخواهند داشت.

بیمه‌های تکمیلی سعی می‌کنند با مراکز درمانی مختلف قرارداد ببندند و در صورت مراجعه، بیمه شده برای درمان درصد کمی به عنوان فرانشیز به مراکز طرف قرارداد بیمه پرداخت می‌کند. سؤال اصلی اینجاست که اگر بیمه شده به کلینیک و یا پزشکی که طرف قرارداد با بیمه‌ی تکمیلی نیست مراجعه کند، نحوه دریافت هزینه بیمه تکمیلی به چه صورت خواهد بود. در این شیوه نامه، شرایط و نحوه دریافت اسناد درمانی را مورد بحث و بررسی قرار می‌دهیم. به علت تنوع خدمات درمانی ارائه شده در مراکز درمانی، وجود اصطلاحات تخصصی و همچنین پیشرفت سریع خدمات ارائه شده در این حوزه همواره نیاز به آموزش و هماهنگی در اجرای این امر ضروری است. نظر به لزوم اجرای بهینه قراردادهای بیمه درمان و در راستای خدمت‌دهی و پاسخگویی بهتر، راهنمای دریافت اسناد درمانی در سراسر کشور نگارش یافته است.

۲ هدف

- ✓ تشریح خط‌مشی، اهداف و حدود اختیارات ارزیابان خسارت و نمایندگان
- ✓ یکپارچه‌سازی نحوه دریافت اسناد درمانی مستقیم و ایجاد وحدت رویه در دریافت مستندات درمانی
- ✓ ارائه چارچوبی برای نظارت بر خسارت درمان
- ✓ تجمیع و انتقال دانش به شرکت‌های ارزیاب خسارت درمان و نمایندگان

۳ اسناد مرتبط

شرایط عمومی بیمه نامه‌های درمان، آیین‌نامه ۹۹ بیمه مرکزی، کتاب ارزش‌های نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت، دستورالعمل عقد قرارداد با مراجع درمانی، شرایط خصوصی بیمه‌نامه‌های درمان

۴ محدوده کاربرد و ذینفعان

- ✓ دفاتر نمایندگی
- ✓ شعب استانی شرکت بیمه دی
- ✓ ارزیابان خسارت
- ✓ مسئول قرارداد دانشگاه شهید بهشتی

۵ مسئول اجرا

- ✓ ارزیابان خسارت و نمایندگان شعب شرکت بیمه دی و نمایندگان محترم دانشگاه شهید بهشتی

۶ مسئول نظارت

- ✓ مدیریت بیمه‌های درمان بیمه دی
- ✓ مدیریت امور شعب و نمایندگان بیمه دی
- ✓ شرکت بیمه دی و دانشگاه شهید بهشتی

ب - شرح روش انجام کار

◀ پرداخت هزینه‌های درمانی مستقیم

بیمه شدگان پس از پرداخت خسارت به صورت مستقیم می‌بایست با ارائه مدارک و مستندات مربوطه، به شعب بیمه دی مراجعه نمایند، سپس کلیه هزینه‌های بیمارستانی، پاراکلینیکی، سرپایی طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان و مصوبه‌هایت وزیران (انواع ویزیت) بررسی و پرداخت گردد. نحوه دریافت اسناد درمانی بر اساس نوع مراکز درمانی به شرح ذیل می‌باشد:

۷ تفکیک خسارت‌ها

۷-۱ بیمارستان

- مدارک لازم برای پرداخت خسارت‌های بیمارستانی (در صورت مراجعه به مراکز غیر طرف قرارداد و یا پرداخت توسط بیمه‌شده):

 - ۱- اصل گواهی پرداخت سهم بیمه‌گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...).
 - ۲- ارسال دستور پزشک مبنی بر علت بستری ممهور به مهر و امضاء پزشک.
 - ۳- اصل صورتحساب ممهور شده به مهر بیمارستان.
 - ۴- اصل صورتحساب 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 بیمه‌پایه از ارتز و پروتزهای مصرف شده جهت درمان بیمار همراه با لیبل مربوطه، گرافی قبل و بعد از عمل و ارائه گواهی تایید مصرف آن توسط پزشک معالج و مهر و امضاء مسئول اتاق عمل.
 - ۹- ارسال تاییدیه کتبی پزشک متعمد بیمه جهت مواردی که طبق مفاد قرارداد نیاز به تایید دارد.
 - ۱۰- ارسال گزارش انجام آندوسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوارعصب و عضله، رادیولوژی، CT، MRI و....
 - ۱۱- ارسال برگه سیر بیماری (جهت بیمارانی که تحت درمان طبی قرار می‌گیرند) 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 بیمه‌گر پایه کپی برابر اصل موارد فوق، مورد تایید است.

۷-۲ مراکز جراحی محدود

- ۱- ارسال دستور پزشک مبنی بر علت بستری ممهور به مهر و امضاء پزشک.
- ۲- اصل صورتحساب ممهور شده به مهر بیمارستان.
- ۳- اصل صورتحساب پزشکان ممهور به مهر بیمارستان.
- ۴- ارسال دستورات پزشک در طول بستری.
- ۵- 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.
- ۶- ارسال ریز دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر و امضاء پزشکان جراح، بیهوشی، سرپرست اتاق عمل.
- ۷- ارسال اصل فاکتورهای معتبر و یا تصویر برابر اصل در صورت وجود بیمه‌پایه از ارتز و پروتزهای مصرف شده جهت درمان بیمار همراه با لیبل مربوطه، گرافی قبل و بعد از عمل و ارائه گواهی تایید مصرف آن توسط پزشک معالج و مهر و امضاء مسئول اتاق عمل.
- ۸- ارسال تاییدیه کتبی پزشک متعمد جهت مواردیکه طبق مفاد قرارداد نیاز به تایید دارد.
- ۹- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل گزارش انجام آندوسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوارعصب و عضله، رادیولوژی، CT، MRI و....
- ۱۰- ارسال اصل یا تصویر برابر اصل برگه سیر بیماری (جهت بیمارانی که تحت درمان طبی قرار می‌گیرند) با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک معالج.

- ۱۱- 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.
- تبصره: در صورتی که خدمت انجام شده در مراکز جراحی محدود در تعهد بیمه گر پایه باشد، ارائه اصل گواهی پرداخت بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) و کپی برابر اصل موارد فوق، مورد تایید است.

۷-۳ تجهیزات پزشکی استفاده شده در حین اعمال جراحی

- ۱- دستور پزشک متخصص مرتبط مبنی بر تهیه تجهیزات پزشکی حین عمل ممهور به مهر و امضاء پزشک.
 - ۲- اصل فاکتور ممهور به مهر جراح، اتاق عمل و یا بیمارستان.
 - ۳- فاکتور معتبر و قابل پیگیری در سایت اداره کل تجهیزات پزشکی درج نام کالا، برند، تعداد، قیمت، کد IRC، الصاق لیبل حسب نوع محصول در کلیه فاکتورهای ارسالی به همراه شناسه ملی Lot number و کد اقتصادی شرکت تجهیزات پزشکی.
 - ۴- گزارش عمل جراحی (شرح عمل) با قید مشخصات بیمه شده به همراه مهر جراح و اتاق عمل.
 - ۵- کپی صورتحساب بیمارستان با قید مشخصات بیمه شده به همراه مهر بیمارستان.
 - ۶- ارائه گرافی قبل و بعد از عمل در جراحی‌های ارتوپدی و ارائه مدارک مثبته دال بر بکارگیری تجهیزات مورد نظر در حین جراحی (علاوه بر شرح جراحی) در خصوص سایر جراحی‌ها.
 - ۷- ارائه تاییدیه جراحی پزشک معتمد بیمه دی در خصوص مواردیکه نیاز به تایید دارد.
- تبصره: در صورتی که بیمه شده هزینه را به صورت آزاد پرداخت کرده باشد، باید ابتدا مدارک فوق الذکر را به بیمه پایه تحویل نماید و پس از دریافت سهم بیمه پایه، با مدارک کپی برابر اصل به همراه کپی چک یا گواهی پرداختی بیمه پایه و یا پرینت کامپیوتری مبلغ پرداختی بیمه پایه جهت دریافت سهم بیمه دی اقدام نمایند.

۷-۴ آمبولانس

- ۱- اصل دستور پزشک مبنی بر درخواست انتقال بیمار به مرکز درمانی.
 - ۲- مدارک مبنی بر بستری در مرکز درمانی (خلاصه پرونده، شرح حال و ...)
 - ۳- اصل قبض هزینه آمبولانس ممهور به مهر مرکز درمانی مبدأ و مقصد. (در خدمت برون‌شهری با ذکر کیلومتر و زمان):
 - ❖ فاکتور می‌بایست ممهور به مهر مرکز آمبولانس و بیمارستان باشد.
 - ❖ مشخصات کامل بیمه شده در آن درج شده باشد.
 - ❖ مبلغ پرداختی بیمار در فاکتور به صورت مشخص درج شده باشد.
 - ❖ مبدأ حرکت و مقصد مشخص باشد. در اکثر موارد مبدأ منزل و مقصد بیمارستان است. در مواردی ممکن است بیمار با آمبولانس از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر و یا از بیمارستان به یک مرکز تصویربرداری و بالعکس انتقال داده شده باشد.
 - ❖ تاریخ خدمت باید مشخص باشد.
 - ❖ چنانچه بیمه‌شده به علت حادثه در مرکز پزشکی بستری شود، لازم است گزارش مشروح حادثه، دریافت تا در صورتی که حادثه وقوع یافته وفق شرایط بیمه نامه باشد، مورد بررسی قرار گیرد.
- تبصره ۱: همزمانی تاریخ فاکتور آمبولانس با تاریخ بستری در بیمارستان الزامی است.
- تبصره ۲: هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج قابل بررسی و پرداخت می‌باشد.

۷-۵ پرداخت هزینه خرید اعضاء طبیعی بدن

- ۱- قرارداد محضری بین‌دهنده و گیرنده (باستثناء پیوند مغزاستخوان).
- ۲- نامه انجمن حمایتی
- ۳- ارائه کپی صورتحساب و شرح عمل

۶-۷ خدمات شیمی درمانی

- ۱- شیمی‌درمانی سرپایی تحت نظارت درکلینیک ، DayCare و مطب پزشک متخصص مربوطه و نیز هزینه داروهای تزریقی مصرفی حین شیمی‌درمانی از سقف تعهدات جراحی تخصصی قابل پرداخت می‌باشد.
 - ۲- جهت تایید هزینه شیمی‌درمانی ارائه مدارک مثبت، تایید کننده‌ی بیماری (پاتولوژی، خلاصه پرونده بستری یا جراحی) الزامیست.
 - ۳- جهت پرداخت خسارت گواهی مربوط به شیمی‌درمانی و نوع آن ممهور به مهر و امضاء پزشک معالج ضروری است.
 - ۴- هزینه ویزیت همزمان با شیمی‌درمانی به هر روش، در کد شیمی‌درمانی لحاظ شده و جداگانه قابل پرداخت نمی‌باشد.
- تبصره ۱: ارائه نسخه دارویی جهت پرداخت هزینه الزامی می‌باشد.
- تبصره ۲: در صورتیکه بیمه شده هزینه را به صورت آزاد پرداخت نماید، باید ابتدا مدارک فوق‌الذکر را به بیمه‌گر پایه تحویل نماید و پس از دریافت سهم بیمه‌گر پایه، با ارائه مدارک کپی برابر اصل به همراه گواهی پرداختی بیمه‌گر پایه جهت دریافت سهم بیمه‌دی اقدام نمایند.

۷-۷ رادیوتراپی

- ۱- ارائه دستور پزشک معالج شامل نوع و تکنیک خدمت و تعداد جلسات.
 - ۲- اصل قبض پرداختی با شرح کلیه اقدامات انجام شده که ممهور به مهر پزشک رادیوتراپیست و مرکز درمانی باشد.
 - ۳- ارائه پرونده رادیوتراپی که ریز جلسات و اقدامات درمانی انجام شده با ذکر تاریخ بابت هر روز مشخص شده باشد (ممهور به مهر مرکز درمانی ارائه دهنده خدمت و پزشک رادیوتراپیست).
 - ۴- ارائه گزارش پاتولوژی و دستور پزشک معالج که نوع بیماری در آن مشخص باشد.
- تبصره: در صورتی که بیمه‌شده هزینه را به صورت آزاد پرداخت کرده باشد، باید ابتدا مدارک فوق‌الذکر را به بیمه‌گر پایه تحویل نماید و پس از دریافت سهم بیمه‌پایه، مدارک کپی برابر اصل به همراه کپی چک یا گواهی پرداختی بیمه‌پایه و یا پرینت کامپیوتری مبلغ پرداختی بیمه‌پایه جهت دریافت سهم بیمه‌دی اقدام نمایند.

۸-۷ مراکز نازایی و ناباروری

- ۱- هزینه درمان نازایی شامل کلیه اقداماتی است که در این ارتباط در طی دوره درمان در مراکز نازایی انجام می‌شود.
 - ۲- ارائه مدارک مثبت جهت تایید نازایی الزامیست.
 - ۳- در درمان اعمال جراحی مرتبط با ناباروری مانند، ZIFT، IVF، IUI و میکرواینجکشن ارائه پرونده بیمارستانی الزامیست.
- تبصره: در صورتی که بیمه شده هزینه را به صورت آزاد پرداخت نماید، باید ابتدا مدارک فوق‌الذکر را به بیمه‌گر پایه تحویل نماید و پس از دریافت سهم بیمه‌گر پایه، با ارائه مدارک کپی برابر اصل به همراه گواهی پرداختی بیمه‌گر پایه جهت دریافت سهم بیمه‌دی اقدام نمایند.

۹-۷ درمانگاه

- ۱- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت ممهور به مهر و امضاء پزشک در سربرگ پزشک معالج
- تبصره: با توجه به حذف دفترچه‌های درمانی در صورت استفاده از خدمات الکترونیک بیمه‌گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت) درج کد رهگیری سامانه بیمه‌گر پایه در دستور پزشک معالج الزامی است.
- ۲- اصل صورتحساب پزشکان و خدمات ارائه شده ممهور شده به مهر درمانگاه.
- ۳- ارسال ریز دارو و لوازم مصرفی ممهور به مهر و امضاء پزشکان جراح، بیهوشی، سرپرست اتاق عمل.
- ۴- ارسال برگه شرح عمل، برگه بیهوشی ممهور به مهر پزشکان و درمانگاه.
- ۵- ارائه اصل یا تصویرگزارش انجام آندوسکوپی، اکو، پاتولوژی، تست ورزش، نوار عصب و عضله، رادیولوژی، CT، MRI و....
- ۶- ارائه 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.

۷-۱۰ آزمایشگاه

- ۱- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت ممهور به مهر و امضاء پزشک در سربرگ پزشک معالج تبصره: با توجه به حذف دفترچه‌های درمانی در صورت استفاده از خدمات الکترونیک بیمه‌گر پایه (تامین اجتماعی و بیمه سلامت) درج کد رهگیری سامانه بیمه گریایه در دستور پزشک معالج الزامیست.
 - ۲- ارسال گزارش آزمایشات با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک.
 - ۳- ارائه اصل یا تصویر گزارش صورتحساب ممهور شده به مهر آزمایشگاه.
- تبصره: آزمایشات بیماری‌ها و ناهنجاری‌های جنین مانند دبل مارکر، تریپل مارکر و ژنتیک جنین از محل غربالگری جنین قابل پرداخت می‌باشد.

۷-۱۱ تصویربرداری

"تصویر برداری شامل رادیوگرافی، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام‌آر‌آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری می‌باشد."

- ۱- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت ممهور به مهر و امضاء پزشک در سربرگ پزشک معالج تبصره: با توجه به حذف دفترچه‌های درمانی در صورت استفاده از خدمات الکترونیک بیمه‌گر پایه (تامین اجتماعی و بیمه سلامت) درج کد رهگیری سامانه بیمه گریایه در دستور پزشک معالج الزامیست.
- ۲- ارسال گزارش تصویربرداری با قید مشخصات کامل بیمار و مهر پزشک.
- ۳- اصل صورتحساب ممهور شده به مهر مرکز.

۷-۱۲ سمعک و شنوایی‌سنجی

"خدمات شنوایی سنجی شامل ادیومتری، تمپانومتري، PTA، SDS، SRT و ... می‌باشد."

- ۱- اصل دستور پزشک متخصص مبنی بر شنوایی سنجی.
- ۲- اصل صورتحساب خدمات ارائه شده ممهور به مهر و امضاء مرکز شنوایی سنجی.
- ۳- اصل دستور تجویز سمعک توسط پزشک متخصص.
- ۴- اصل فاکتور فروش و تعمیر سمعک ممهور به مهر مرکز شنوایی سنجی.
- ۵- کپی کارت گارانتی سمعک.
- ۶- درج نام کالا، برند، تعداد، قیمت، شماره سریال، نام شرکت و کشور تولیدکننده محصول در کلیه فاکتورهای ارسالی شرکت فروشنده سمعک.
- ۷- ارائه اصل یا تصویر گزارش آزمایشات کامل شنوایی ممهور به مهر و امضاء مرکز شنوایی سنجی با قید مشخصات کامل بیمار.

۷-۱۳ فیزیوتراپی

- ۱- ارسال دستورات پزشک مبنی بر نوع خدمت ممهور به مهر و امضاء پزشک در سربرگ پزشک معالج تبصره: با توجه به حذف دفترچه‌های درمانی در صورت استفاده از خدمات الکترونیک بیمه‌گر پایه (تامین اجتماعی و بیمه سلامت) درج کد رهگیری سامانه بیمه گریایه در دستور پزشک معالج الزامیست.
 - ۲- ارسال اصل گزارش فیزیوتراپی مبنی بر تعداد جلسات با ذکر تاریخ بابت هر جلسه یا ارائه کارت جلسات و نوع خدمات انجام شده با توجه به درخواست پزشک معالج و با قید مشخصات کامل بیمار و مهر و امضاء فیزیوتراپیست.
 - ۳- اصل صورتحساب ممهور شده به مهر و امضاء مرکز فیزیوتراپی و ذکر مشخصات کامل و امضاء بیمار.
 - ۴- تجویز خدمات فیزیوتراپی تا سقف دو ناحیه و ۱۰ جلسه در ماه، منحصرأ در صلاحیت متخصصین ارتوپدی، جراحی مغز و اعصاب، نورولوژی، طب فیزیکی و توانبخشی، روماتولوژی و داخلی می‌باشد، در صورت تجویز فیزیوتراپی بیش از دو اندام و بیش از ۱۰ جلسه در ماه بیمه شده با مدارک پاراکلینیکی تاییدکننده بیماری به پزشک معتمد بیمه دی جهت تایید مراجعه کند.
- تبصره ۱: تجویز توسط پزشکان عمومی و سایر تخصص‌ها، سقف تعهد را به یک ناحیه و ۱۰ جلسه در ماه محدود می‌نماید.
- تبصره ۲: پزشک متخصص گوش و حلق و بینی در صورتیکه بیمه شده مبتلا به بیماری (فلج بلز) باشد میتواند درخواست فیزیوتراپی صورت نماید.

تبصره ۳: خدمات لیزر پرتوان، شاک‌ویو تراپی و مگنت‌تراپی به عنوان خدمات درمانی مستقل از فیزیوتراپی روتین شناخته می‌شوند. هزینه این خدمات صرفاً در صورتی قابل پرداخت است که به صورت مجزا و در جلساتی غیرهمزمان با فیزیوتراپی تجویز و ارائه گردند. ارائه همزمان آن‌ها با فیزیوتراپی در یک جلسه، مصداق خدمت همپوشان تلقی شده و صرفاً هزینه خدمت اصلی (فیزیوتراپی) پرداخت خواهد شد.

کلیه هزینه‌های فیزیوتراپی حداکثر تا ۲ برابر تعرفه مصوب قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

۷-۱۴ کایروپراکتیک

این خدمت در درمان مشکلات سیستم اسکلتی بدن (ستون فقرات) کاربرد دارد و شامل مانیپولاسیون بر روی ستون فقرات می‌باشد، فرد صاحب صلاحیت جهت تجویز و انجام صرفاً دکترای کایروپراکتیک می‌باشد.

*حداکثر ۱۰ جلسه در بازه قرارداد قابل پرداخت می‌باشد.

*ویزیت همزمان قابل پرداخت نبوده و تنها خدمت مربوطه پرداخت می‌گردد.

۷-۱۵ گفتاردرمانی و کاردرمانی

۷-۱۵-۱ کاردرمانی

۱- مدارک لازم جهت پرداخت هزینه، شامل گواهی پزشک معالج (متخصص اطفال در صورتی که سن بیمه شده زیر ۱۴ سال باشد)، داخلی، طب فیزیکی و توانبخشی، طب سالمندان، مغز و اعصاب، روانپزشک) مبنی بر علت بیماری و لزوم انجام کاردرمانی، طول مدت درمان، تعداد جلسات مورد نیاز و گواهی مرکز توانبخشی مبنی بر انجام خدمت به تفکیک تاریخ هر جلسه می‌باشد.

۲- حداکثر جلسات قابل پرداخت برای نسخ کاردرمانی که توسط متخصص مربوطه تجویز شده باشد، ۱۰ جلسه در ماه می‌باشد.

۳- در صورت تکرار جلسات کاردرمانی دریافت مدارکی مانند گواهی پزشک متخصص معالج بیمار مبنی بر پیشرفت و بهبود بیماری و بعضاً معاینه بیمار توسط پزشک معتمد بیمه‌گر الزامیست.

۷-۱۵-۲ گفتاردرمانی

۱- مدارک لازم جهت پرداخت هزینه، شامل گواهی پزشک متخصص معالج بیمار (گوش و حلق و بینی، اطفال، مغز و اعصاب و روانپزشک) مبنی بر علت بیماری و لزوم انجام گفتاردرمانی، طول مدت درمان، تعداد جلسات مورد نیاز و گواهی مرکز توانبخشی مبنی بر انجام خدمت به تفکیک تاریخ هر جلسه می‌باشد.

۲- حداکثر جلسات قابل پرداخت برای نسخ گفتاردرمانی که توسط متخصص مربوطه تجویز شده باشد، ۱۰ جلسه در ماه می‌باشد.

۳- در صورت تکرار جلسات گفتاردرمانی دریافت مدارکی مانند گواهی پزشک متخصص معالج بیمار مبنی بر پیشرفت و بهبود بیماری و بعضاً معاینه بیمار توسط پزشک معتمد بیمه‌گر الزامیست.

کلیه هزینه‌های کاردرمانی و گفتاردرمانی حداکثر تا ۲ برابر تعرفه مصوب قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

۷-۱۶ مطب

۱- ارائه اصل ویزیت پزشک مهمور به مهر و امضاء پزشک در سربرگ پزشک

تبصره ۱: با توجه به حذف دفترچه‌های درمانی در صورت استفاده از خدمات الکترونیک بیمه‌گر پایه (تامین اجتماعی و بیمه سلامت) درج کد رهگیری سامانه بیمه‌گر پایه در دستور پزشک معالج الزامیست.

۲- ارائه 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 با ذکر تاریخ، مشخصات بیمه‌شده و قید حق الزحمه دریافتی به تفکیک خدمات ارائه شده

تبصره ۲: سونوگرافی در مطب صرفاً با مهر فوق تخصص نازایی با پرناتالوژیست قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۳: سیستوسکوپی تشخیصی در مطب قابل پرداخت می‌باشد.

۷-۱۷ کولونوسکوپی

- پیرو ابلاغیه شورای عالی بیمه سلامت (شماره نامه ۱۳۷۲۷/۴۰۰_ د مورخ ۱۴۰۲/۰۶/۰۱) در خصوص شناسنامه و استاندارد خدمت کولونوسکوپی تشخیصی بر اساس دستورالعمل و بخشنامه فوق از تاریخ ۱۴۰۲/۰۶/۰۱ کولونوسکوپی در مطب طبق شرایط ذیل در تعهد می‌باشد:
- ◀ فرد صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت کولونوسکوپی در کلیه پرونده‌ها صرفاً فوق تخصص گوارش می‌باشد.
 - ◀ در صورتی که انجام کولونوسکوپی تشخیصی نیاز به بیهوشی نداشته باشد و در اسناد ارائه شده شواهدی مبنی بر انجام بیهوشی رویت نگردد.
 - ◀ پرداخت هزینه کولونوسکوپی در بیمارانی که نیازمند مداخلات درمانی، از جمله برداشتن پولیپ بزرگ، ESD، EMR و دیلاتاسیون می‌باشند صرفاً در بیمارستان، مراکز جراحی محدود، درمانگاه تخصصی مربوطه (به غیر از مطب) قابل بررسی و پرداخت می‌باشد.

۷-۱۸ خدمات مشاوره

- اصل صورتحساب مهیور شده به مهر روانپزشک، دکتری روانشناسی، روانشناس ارشد پروانه‌دار به همراه علت انجام مشاوره و نوع خدمات ارائه شده با ذکر تاریخ و مشخصات بیمه شده در دفترچه درمانی سازمان‌های بیمه‌گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و...) یا سرپرست مرکز یا مطب.
- تبصره ۱: لازم به ذکر است که فقط مشاوره‌های درمانی قابل پرداخت می‌باشد و مشاوره‌های تحصیلی، ترک اعتیاد، ازدواج... که جنبه درمانی ندارند، غیر قابل پرداخت می‌باشند.
- تبصره ۲: در صورت تداوم جلسات (بیش از ۱۰ جلسه)، ارائه دستور روانپزشک مبنی بر علت ادامه جلسات الزامیست.
- تبصره ۳: خدمات مشاوره در بیمه‌نامه امضاء شده باید حتماً ذکر شده باشد.

۷-۱۹ داروخانه

- ۱- تصویر شفاف نسخه پزشک به همراه ریز اقلام و ریز قیمت مهیور به مهر پزشک و داروخانه در سرپرست پزشک معالج و اصل فاکتور فروش داروخانه مهیور به مهر داروخانه تبصره ۱: با توجه به حذف دفترچه‌های درمانی در صورت استفاده از خدمات الکترونیک بیمه‌گر پایه (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت) درج کد رهگیری سامانه بیمه گرپایه در دستور پزشک معالج الزامیست.
- ۲- در نسخ داروهای آزاد ارسال اصل برگه دستور پزشک الزامیست.
- ۳- رونوشت توضیحات پزشک معالج در مورد نسخ مخدوش (تاریخ و تعداد و نام دارو) الزامیست.
- تبصره ۲: جهت تایید هزینه دارو ارائه برگه پرفراژ داروخانه مهیور به مهر داروخانه الزامیست.

۷-۱۹-۱ جزییات پوشش دارو

- ◀ داروهای داخلی و وارداتی در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه با کسر فرانشیز بیمه نامه قابل بررسی و پرداخت است. (در خصوص داروهای تخصصی تجویز پزشک متخصص مربوطه الزامی است و در صورت تجویز توسط پزشک عمومی معادل دارو داخلی محاسبه و پرداخت می‌گردد).
- ۱- ملزومات دارویی مطابق با فهرست اعلامی ملزومات دارویی سازمان غذا و دارو و صرفاً در صورت داشتن کاربرد درمانی تحت پوشش می‌باشند و اقلام مرتبط با پوست و زیبایی، تقویت و کاشت مو، فرآورده‌های جنسی (مانند تقویت قوای جنسی، اسپری‌های تاخیری)، پیشگیری از بارداری، انواع محلول‌های با کاربرد شستشو و فرآورده‌های بهداشتی (مانند محلول شستشوی لنز و انواع دهانشویه) و محلول‌های ضد عفونی در تعهد نمی‌باشد. در خصوص ملزومات دارویی تخصصی، تجویز پزشک متخصص مربوطه الزامیست.
- ۲- فرآورده‌های گیاهی-سنتی در صورت پوشش بیمه‌گر پایه، در تعهد می‌باشد.
- ۳- فرآورده‌های زیبایی، آرایشی و بهداشتی در تعهد نمی‌باشد.
- ۴- مکمل‌های دارویی و غذایی (به استثناء مکمل‌های با کاربرد زیبایی، پوست، مو، ناخن، تقویت قوای جنسی و افزایش یا کاهش وزن و شیرخشک) با رعایت شروط کلی پوشش دارو، تجویز پزشک معالج و تهیه از داروخانه‌های مجاز کشور، قابل بررسی و پرداخت است. در خصوص مکمل‌های تخصصی (اعم از داخلی و وارداتی)، تجویز پزشک متخصص الزامیست.
- ۵- هزینه واکسن در صورت پوشش بیمه‌گر پایه، در تعهد می‌باشد.
- ۶- داروهای تک نسخه‌ای جهت شیمی درمانی و درمان بیماران خاص با رعایت شروط کلی پوشش دارو، تجویز پزشک متخصص مربوطه، تایید پزشک معتمد بیمه‌گر، تهیه از داروخانه‌های دارای مجوز فروش داروی تک نسخه‌ای از سوی سازمان غذا و دارو و با ارائه "اصل نامه مجوز رسمی سازمان غذا و دارو" و "نامه طرح درمان" قابل بررسی و پرداخت می‌باشد، نامه طرح درمان باید توسط پزشک متخصص مربوطه تکمیل و شامل اطلاعات مربوط به نوع بیماری، داروهای مصرفی، طول دوره درمان، طریقه مصرف دارو باشد.

- ۷- حق فنی داروخانه در تعهد نمی‌باشد.
- ۸- سهم ارز دارو در تعهد نمی‌باشد.
- ۹- در تمامی موارد ملاک پرداخت هزینه، ارائه اصل فاکتور معتبر و مهمور به مهر داروخانه می‌باشد، پرداخت هزینه نسخ ناخوانا یا بدون مهر داروخانه و فاکتور دستی داروخانه در تعهد نمی‌باشد، درخصوص برخی از ملزومات دارویی (مانند داروهای تزریق داخل مفصل)، فاکتور توزیع کنندگان دارای مجوز فروش از وزارت بهداشت و سازمان غذا و دارو قابل بررسی و پرداخت خواهد بود.

۷-۲۰ عینک

- ۱- اصل صورتحساب مهمور به مهر و امضاء عینک سازی همراه با ذکر تاریخ و مشخصات بیمه شده.
- ۲- اصل دستور تجویز عینک طبی با قید نمره چشم توسط چشم پزشک و یا کارشناس بینایی سنجی (اپتومتریست).
- ۳- ارائه اصل پرینت کامپیوتری نمره چشم با قید مشخصات کامل بیمه شده و تاریخ مهمور به مهر اپتومتریست

۷-۲۱ دندانپزشکی

- ۱- مدارک مورد نیاز مطابق با موارد موجود در ابلاغیه سندیکای بیمه‌گران در هر بخش قابل بررسی و پرداخت است.
- ۲- ویزیت دندانپزشک در صورتیکه در آن ویزیت، اعمال دندانپزشکی انجام شده باشد غیرقابل پرداخت است.

ردیف	نوع خدمت	تعداد دندان	ضوابط مورد نیاز
۱	کشیدن دندان	۴ دندان یا بیشتر	ارسال پانورکس قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۴ دندان الزامی می‌باشد.
۲	جراحی دندان	کلیه دندان ها	ارسال opg قبل از درمان الزامی می‌باشد.
۳	ترمیم دندان	*	مراکز طرف قرارداد: جهت ترمیم ۴ و بیش از ۴ دندان ارسال پانورکس قبل و گرافی (پانورکس یا پری اپیکال) بعد درمان الزامی است. خسارت مستقیم: گرافی تشخیصی قبل از درمان و در صورت لزوم ارائه فتوگرافی با معاینه بیمار بعد از درمان
۴	درمان ریشه	کلیه دندان ها	opg قبل و رادیوگرافی بعد نیاز است.
۵	جرم گیری و بروساژ	کلیه دندان ها	بدون نیاز به مستندات می باشد.
۶	دست دندان یا پروتز متحرک (شامل دست دندان کامل یا پارسیل اکریل با کرم کبالت و فلیپر)	کلیه دندان ها	ارائه پانورکس قبل و فتوگرافی بعد از درمان پروتزها در داخل و خارج از دهان همراه با کارت ملی (الزامی است).
۷	افزایش طول تاج (قلب)	کلیه دندان ها	صرفاً در دندان کاندید روکش قابل پرداخت می باشد .
۸	روکش دندان (پروتز ثابت)	دو مورد یا بیشتر	گرافی پانورکس قبل و گرافی پانورکس یا بری اپیکال بعد نیاز است .
۹	نایت گارد	کلیه دندان ها	و همچنین فتو گرافی از نایت گارد در داخل و خارج دهان نیاز است
۱۰	چسباندن و خارج کردن روکش های قدیمی	کلیه دندان ها	بدون نیاز به عکس می باشد.
۱۱	دندان پزشکی اطفال زیر ۱۰ سال (به جز روکش و فضا نگه دارنده)	کلیه دندان ها	بدون نیاز به عکس می باشد.
۱۲	دندان پزشکی اطفال زیر ۱۰ سال (فقط روکش و فضا نگه دارنده)	کلیه دندان ها	گرافی (پانورکس) قبل و فتو گرافی بعد نیاز است .
۱۳	ارتودنسی هر فک یا کامل	کلیه دندان ها	ذکر تاریخ شروع درمان ارائه رادیو گرافی های پانورکس، لترال سفالو متری، فوتو گرافی اتلیه ای بیمار قبل از انجام خدمت و ارائه فتوگرافی بیمار بعد از چسباندن براکت و تحویل پلاک الزامی است.
۱۴	ایمپلنت	کلیه دندان ها	گرافی (پانورکس) قبل و گرافی (پانورکس) بعد نیاز است.
۱۵	پیوند و پودر استخوان	کلیه دندان ها	گرافی CBCT قبل نیاز است.
۱۶	سینوس لیفت باز یا بسته	کلیه دندان ها	گرافی CBCT قبل نیاز است.
۱۷	روکش ایمپلنت	کلیه دندان ها	گرافی (پانورکس) قبل و گرافی (پانورکس) بعد نیاز است.
۱۸	پست ریختگی	کلیه دندان ها	پانورکس یا گرافی قبل و گرافی بعد مورد نیاز است.
۱۹	فلپ و پیوند لثه	کلیه دندان ها	پانورکس قبل و بعد
۲۰	بیوپسی و کیست تومور	کلیه دندان ها	پانورکس قبل و گزارش پاتولوژیست

سایر مدارک مورد نیاز و نحوه محاسبه هزینه ها به شرح زیر می باشد:

- ۱- ارائه گواهی دندانپزشک معالج مبنی بر نوع اقدامات انجام شده و مهر دندانپزشک
- ۲- درمان ایمپلنت شامل ۳ مرحله می باشد.
- الف) جراحی و نصب فیکسچر
- ب) نصب روکش متکی بر ایمپلنت هر مرحله از درمان که در تاریخ قرارداد انجام شده باشد با ارائه OPG قبل و بعد در بازه قرارداد قابل پرداخت می باشد.
- تبصره ۱: قید نام بیمار و تاریخ بر روی CBCT و OPG و فتوگرافی الزامی است.
- تبصره ۲: شرکت بیمه گر اختیار دارد در خصوص هر یک از بیماران اگر نیاز به بررسی مجدد داشت دعوت به معاینه گردد.
- تبصره ۳: اقدامات زیبایی (روکش های لمینت و ونیر کامپوزیت و پالیش و....) غیرقابل پرداخت می باشد.
- تبصره ۴: جبران هزینه ارتودنسی بدون محدودیت سنی قابل پرداخت است.
- تبصره ۵: تمامی اقدامات باید در بازه قرارداد انجام گیرد و گرافی های قبل و بعد در بازه زمانی قرارداد باشد.
- تبصره ۶: تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی در تمامی بخش ها به صورت گلوبال (شامل حق الزحمه پزشک بیهوشی ، اتاق عمل، دارو و وسایل مصرفی ، پرستار و) می باشد.
- تبصره ۷: هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد .
- تبصره ۸: با توجه به انتقال بیمه شدگان در شرکت های بیمه جهت کنترل هزینه های ارتودنسی و ایمپلنت شرکت های بیمه گر ملزم به پاسخ استعلام انجام خدمات مذکور به سایر شرکت های بیمه گر درخواست کننده می باشند. بدیهی است تهیه استعلام بیمه گر قبلی بر عهده بیمه شده می باشد.
- تبصره ۹: انجام همزمان خدمات سینوس لیفت با پودر و پیوند استخوان قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. زیرا در سینوس لیفت پیوند یا پودر استخوان انجام می پذیرد.
- تبصره ۱۰: در تعرفه اطفال شامل ترمیم زیر S.S.C بوده و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد.
- تبصره ۱۱: روکش پرسنل فقط در دندان های قدامی قابل پرداخت می باشد.
- تبصره ۱۲: درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement قابل پرداخت نمی باشد.
- تبصره ۱۳: پیچ هیلینگ در حالت کلی و در جراحی های دو مرحله ای ایمپلنت نیز قابل پرداخت نمی باشد.
- تبصره ۱۴: افزایش طول تاج همراه با فلپ صرفاً در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندان های مجاور قابل محاسبه نمی باشد.
- تبصره ۱۵: هزینه کف بندی غیرقابل پرداخت می باشد.

کلیه هزینه های دندانپزشکی حداکثر تا ۳ برابر تعرفه سندیکای بیمه گران ایران قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

۷-۲۲ ارتز و پروتز

- ۳- ارسال دستور پزشک مهمور به مهر و امضاء پزشک متخصص مرتبط
- ۴- اصل فاکتور فروش ارتز با قید مشخصات بیمه شده و مهمور به مهر داروخانه یا کلینیک ارتوپد فنی.
- تبصره : کفش و کفی طبی با ارائه اسکن کف پا، در صورت تهیه از کلینیک ارتوپد فنی مورد تایید می باشد.

۷-۲۳ تحریک مغناطیسی فرا جمجه ای-RTMS

- هزینه Rtms طبق آخرین شناسنامه و استاندارد خدمت صرفاً جهت اختلال افسردگی عمده مقاوم به درمان و در صورت انجام توسط متخصص روانپزشک ۱۵ جلسه در بازه زمانی بیمه نامه قابل پرداخت است.

۷-۲۴ نوروفیدبک

- هزینه نوروفیدبک جهت بیش فعالی کودکان (ADHD) ، درمان اختلالات نقص توجه، اختلال اضطرابی تعمیم یافته، اختلال یادگیری، ارتقاء عملکردهای شناختی شامل توجه، تمرکز و حافظه، بیماری اوتیسم، میگرن (با تایید پزشک معتمد) بعنوان مکمل درمان های دارویی بکار می رود که حداکثر ۴۰ جلسه در بازه قرارداد قابل بررسی می باشد.
- *افراد دارای صلاحیت جهت تجویز، کلیه متخصصین بالینی می باشند و انجام دهنده آن، متخصصین مغز و اعصاب و اعصاب و روان (روانپزشک) می باشند.

۷-۲۵ بیوفیدبک

- ◀ جهت بهبود حرکت افراد مبتلا به سکتة مغزی (توانبخشی عصبی عضلانی سکتة مغزی و آسیب مغزی تروماتیک)، سندرم روده تحریک‌پذیر، سردردهای میگرنی و تنشی، وزوز ذهنی شدید مقاوم به درمان (وزوز گوش)، بعنوان مکمل درمان‌های دارویی بکار می‌رود. یک دوره درمانی بیوفیدبک حداکثر ۲۰ جلسه در بازه قرارداد قابل بررسی و پرداخت می‌باشد.
- ◀ بیوفیدبک جهت تقویت عضلات کف لگن، بی اختیاری ادرار، بی اختیاری مدفوع، یبوست مزمن و اندیکاسیون‌های اعلام شده در شناسنامه و استاندارد خدمت بعنوان مکمل درمان‌های دارویی بکار می‌رود. یک دوره درمانی بیوفیدبک حداکثر ۲۰ جلسه در بازه قرارداد قابل بررسی و پرداخت می‌باشد.
- ◀ افراد دارای صلاحیت جهت تجویز بیوفیدبک متخصصین طب فیزیکی و توانبخشی، ارولوژی، اطفال، داخلی، مغز و اعصاب، زنان و زایمان، جراح عمومی و افراد صاحب صلاحیت جهت انجام، متخصص طب فیزیکی و توانبخشی و فیزیوتراپیست می‌باشند.

۷-۲۶ هزینه‌های مربوط به جراحی‌های اعمال مجاز سرپایی

- ◀ جبران هزینه عمل جراحی سرپایی صرفاً محدود به اعمالی است که به صراحت از آن‌ها در متن قرارداد نام‌برده شده و جزء بسته خدمات قابل ارائه در مطب باشد. نحوه رسیدگی به شایع‌ترین این اعمال نظیر درمان شکستگی و دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوترابی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (طبق آیین نامه ۹۹) در ذیل ارائه می‌گردد.

۷-۲۷ ختنه

- ◀ دستور پزشک معالج مبنی بر شرح خدمات انجام شده با ذکر تاریخ و مشخصات بیمه شده، مهور به مهر پزشک با درج مبلغ حق الزحمه دریافتی قابل بررسی و پرداخت می‌باشد.

۷-۲۸ بخیه

- ◀ دستور پزشک معالج مبنی بر شرح خدمات انجام شده، منطقه، تعداد بخیه یا اندازه جراحی با ذکر تاریخ و مشخصات بیمه شده مهور به مهر پزشک با درج مبلغ حق الزحمه دریافتی

۷-۲۹ درمان شکستگی‌ها

- ◀ هزینه درمان شکستگی استخوان که نیازمند بستری در بیمارستان نمی‌باشد، طبق شرایط زیر محاسبه می‌گردد:
 - ۱- هزینه گچ‌گیری و ویریل براساس فاکتور خرید پرداخت می‌گردد.
 - ۲- گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع عمل انجام شده با ذکر تاریخ و مشخصات بیمه شده و درج مبلغ حق الزحمه دریافتی
 - ۳- در مواردی که شکستگی همراه با جا اندازی باشد، ارائه رادیوگرافی الزامی است.نکته: هزینه دررفتگی مفاصل، آسیب یا پارگی تاندون‌ها و یا پارگی لیگامان، در صورتی که نیاز به گچ‌گیری یا آتل بندی باشد، مشمول هزینه‌های این بند خواهد بود.

۷-۳۰ لیزر درمانی

- ◀ ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر تعداد جلسات لیزر، ناحیه، علت انجام و نوع بیماری با ذکر تاریخ و مشخصات بیمه شده و قید حق الزحمه دریافتی قابل بررسی و پرداخت است. تبصره: بدیهی است کلیه اعمال انجام شده توسط لیزر می‌بایست جنبه درمانی داشته باشد.

۷-۳۱ اکسیژون لیپوم و کیست

- ۱- ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر شرح اقدامات انجام شده و تعیین دقیق محل، نوع ضایعه و تعداد با ذکر تاریخ و مشخصات بیمه شده و قید حق الزحمه دریافتی

۲- ارائه گزارش پاتولوژی (در صورت عدم ارائه جواب پاتولوژی، معاینه بیمار توسط پزشک معتمد الزامی است).

۷-۳۲ بیوپسی

- ۱- ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر شرح اقدامات انجام شده و نوع بیماری با ذکر تاریخ و مشخصات بیمه شده و قید حق الزحمه دریافتی
- ۲- در موارد بیوپسی ارائه گزارش پاتولوژی الزامی می‌باشد.

۷-۳۳ تخلیه کیست

- ۱- ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر شرح اقدامات انجام شده با تعیین دقیق محل، نوع ضایعه و تعداد با ذکر تاریخ و مشخصات بیمه شده و قید حق الزحمه دریافتی
 - ۲- ارائه گزارش پاتولوژی (در صورت عدم ارائه جواب پاتولوژی، معاینه بیمار توسط پزشک معتمد الزامی است).
- نکته: منظور از تخلیه کیست، خارج نمودن محتویات کیست‌های سطحی در هر عضو بدن و به روش ممکن می‌باشد. چنانچه این عمل به صورت سرپایی و بدون بستری انجام شود، هزینه آن از محل پوشش پاراکلینیک، قابل محاسبه می‌باشد.

۷-۳۴ کرایوتراپی

- ۱- ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر شرح اقدامات انجام شده، نوع بیماری و علت انجام با تعیین دقیق محل، نوع ضایعه و تعداد با ذکر تاریخ و مشخصات بیمه شده و قید حق الزحمه دریافتی
- ۲- در صورت کرایوتراپی سرویکس جواب پاپ اسمیر ارائه شود.

۷-۳۵ کوتر

ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر شرح اقدامات انجام شده، نوع بیماری و علت انجام با تعیین دقیق محل، نوع ضایعه و تعداد با ذکر تاریخ و مشخصات بیمه شده و قید حق الزحمه دریافتی

۸ نکات مهم

- فاکتورهای المثنی، چاپ دوم و کپی یا کپی برابر با اصل و نسخ مخدوش، دو خط، بدون مهر و امضاء پزشک معالج غیر قابل پرداخت است.
- در موارد اکسیژیون میخچه‌های عود کننده معاینه پزشک معتمد الزامی می‌باشد.
- درمان زگیل به هر روش نیاز به معاینه و تایید پزشک معتمد دارد.
- تزریق داخل مفصل در تعهد می‌باشد و جهت پرداخت ارائه نسخه دارو تزریقی الزامیست.
- هزینه برداشت ضایعات پوستی نظیر Skin tage در تعهد نمی‌باشد.
- PRP طبق شناسنامه و استاندارد خدمت در صورتی که جنبه درمانی داشته باشد با ارائه مدارک مثبت تایید کننده بیماری در تعهد می‌باشد، هزینه نمونه‌گیری، تزریق، کیت مصرفی جهت PRP در صورت ارائه فاکتور معتبر جداگانه قابل پرداخت می‌باشد.
- تزریق داخل مفصل در صورت انجام توسط متخصص مربوطه با ارائه مدارک مثبت تایید کننده بیماری با ارائه نسخه داروی تزریقی (فاکتور معتبر از داروخانه یا شرکت تجهیزات پزشکی) در تعهد می‌باشد.

- اسکروتراپی جهت درمان واریس اندام‌ها با ارائه سونوگرافی کالر داپلر انجام شده در مراکز تصویربرداری و تایید پزشک معتمد قبل از عمل جراحی قابل پرداخت می‌باشد.
- تبصره: در صورت انجام سونوگرافی کالر داپلر توسط پزشک ارائه دهنده خدمت هزینه غیر قابل پرداخت می‌باشد.