



دستور العمل استفاده از بیمه درمان گروهی

شرکت بیمه پاسارگاد

پیشنهاد می گردد حتی الامکان جهت بستری و یا انجام خدمات تشخیصی به مراکز طرف قرارداد مراجعه گردد زیرا این مراکز موظف به رعایت تعرفه های وزارت بهداشت و درمان می باشند و بیمه شده فقط موظف به پرداخت مبالغ فرانشیز ، موارد غیربیمه ایی و بیشتر از سقف تعهد می باشد .

هزینه های بیمارستانی :

- در صورتی که برای بستری یکی از بیمارستان های طرف قرارداد انتخاب گردد ، می بایست به موارد ذیل توجه گردد (با مراجعه به سایت شرکت کمک رسان ایران از اسامی بیمارستان های طرف قرارداد میتوان اطلاعات کسب کرد):

مدارک و اطلاعاتی شامل ؛ تصویر کارت بیمه درمان گروهی یا کارت ملی بیمار ، تصویر گواهی پزشک معالج مبنی بر اعلام نام بیمار، تاریخ بستری ، تاریخ عمل جراحی ، نوع عمل و یا علت بستری بیمار در بیمارستان ، شماره تلفن جهت تماس با بیمار که توسط پذیرش مرکز درمانی یا بیمار به شرکت کمک رسان ایران ارسال میگردد و شرکت کمک رسان موظف است در اسرع وقت نسبت به ارسال معرفی نامه اقدام نماید.

لازم به ذکر است که حداکثر زمان استفاده جهت معرفی نامه سه روز است و پس از این زمان معرفی نامه ابطال میگردد و فاقد اعتبار می باشد.

در صورت عدم درج حق الزحمه پزشکان در صورتحساب بیمارستان بیمه شده میتواند با ارائه گواهی توسط جراح بابت دریافت هزینه مربوطه اقدام نماید که مبلغ مورد تأیید بر اساس مفاد قرارداد با آن مرکز و یا مراکز هم درجه تعیین میگردد.

-در صورت بستری در سایر بیمارستان های غیر طرف قرارداد :

پس از ترخیص و تسویه حساب ، کلیه مدارک بیمارستانی ممهور به مهر بیمارستان و گواهی پزشک ، توسط مسئول بیمه ایی برای شرکت کمک رسان ایران ارسال گردد . هزینه های فوق برابر با مفاد قرارداد بیمه و همترازی با بیمارستانهای هم درجه طرف قرارداد ، محاسبه و پس از کسر فرانشیز یا سهم بیمه گر اول (بیمه تأمین اجتماعی ، بیمه سلامت ایرانیان) تا سقف پوشش باقی مانده ، پرداخت میگردد.

لازم به ذکر است که موضوع فوق الذکر در مورد بیمارستان های خارج از کشور نیز صادق است و هزینه بستری معادل بیمارستان درجه یک (در صورت تأیید بستری توسط سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران و ترجمه آن) محاسبه و پرداخت میگردد.

نکاتی که در مورد هزینه های درمانی بایستی مورد توجه بیمه شدگان و مسئولان بیمه ای قرار بگیرد :

1- جهت ارسال مدارک درمانی ضمیمه نمودن (الف) فرم مربوط به درخواست هزینه های درمانی بیمه شدگان (ب) فرم مسئول بیمه ایی که اطلاعات درخواستی بصورت کامل درج شده باشد ، الزامی می باشد و جهت جلوگیری از اشتباه ثبتي نوشتن کد ملی اجباری می باشد .

2- حداکثر زمان قابل قبول در خصوص ارائه اسناد و مدارک پزشکی (که به صورت آزاد پرداخت شده) به شرکت کمک رسان ایران چهار ماه پس از تاریخ ترخیص می باشد، درموردی که بیمه شده ابتدا از بیمه های دیگری استفاده کرده و مابه التفاوت هزینه را جهت پرداخت ارسال می نماید، زمان اشاره شده قابل تمدید است.

3- حداکثر مهلت برای هرگونه اعتراضی نسبت به هزینه پاراکلینیکی و یا درخواست عودت مدارک پاراکلینیکی؛ یک ماه پس از پرداخت هزینه های درمانی می باشد.

4- حداکثر مهلت برای هرگونه اعتراضی و یا درخواست عودت نسبت هزینه های بستری؛ سه ماه پس از پرداخت هزینه های درمانی می باشد.

5- در صورتی که بیمه شده از مزایای بیمه گر اول استفاده نماید، مابه التفاوت خسارت مورد تعهد بیمه گر پس از همترازی با مراکز طرف قرارداد تا سقف تعهدات مربوطه، بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت است، لازم به ذکر است که بیمه شده هنگام ارسال مدارک علاوه بر تصویر مدارک (کپی برابر اصل) گواهی مبلغ پرداخت شده توسط بیمه گر اول را نیز می بایست ارسال نماید.

3- اعمال جراحی اصلی (چهار عمل مهم) عبارتند از:

- جراحی قلب که روی بافت قلب و یا عروق قلب و یا دریچه ها انجام می شود
- جراحی مغز و اعصاب (شامل اعمال جراحی روی اعصاب محیطی و ستون فقرات اعم از دیسک مهره و زوائد مهره ای نمی شود)
- اعمال جراحی پیوند کلیه، ریه و کبد
- جراحی پیوند مغز استخوان

4- دوره انتظار:

مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی نسبت به جبران خسارت ندارد.

- دوره انتظار جهت استفاده از پوشش زایمان برای گروه های زیر 250 نفر بیمه شده 9 ماه و از 250 الی 1000 نفر بیمه شده 6 ماه است.

- دوره انتظار برای بیماری ها ذیل 3 ماه می باشد:

کاتاراکت، استرابیسم، پولیپ و انحراف بینی، جراحی سینوس، لوزه، جراحی قلب، نارسایی های مزمن کلیه، کله سیستکتومی، دیسک ستون فقرات، پروستات، واریکوسل، میومکتومی، هیستریکتومی، سیستوسل، رکتوسل، آنتروسل، جراحی تیروئید، جراحی مربوط به منینسک زانو، کلیه بیماری های مزمن

دوره انتظار از اولین روز پوشش بیمه درمان هر یک از بیمه شدگان، شروع خواهد شد و برای قرارداد های درمانی که بیش از هزار نفر بیمه شده دارد، دوره انتظار اعمال نخواهد شد.

5- کلیه اعمال جراحی که علاوه بر جنبه درمانی میتواند جنبه زیبایی هم داشته باشد (از جمله انحراف بینی یا سپتوپلاستی، مامو پلاستی، بلفاروپلاستی، عیوب انکساری، اعمال جراحی بای پس معده، فتق یا هرنی نافی و شکمی، استرابیسم، ژنیکوماستی و ...) در صورتی قابل پرداخت است که جنبه درمانی بودن آن با ویزیت پزشک معتمد شرکت کمک رسان ایران تایید شده باشد. بنابراین در مواردی که حتی بیمارستان غیر طرف قرارداد باشد یا پزشک جراح معرفی نامه را قبول نمی نماید بایستی حداقل 10 روز قبل از جراحی با شرکت کمک رسان ایران تماس حاصل گردد تا پس از تایید شرکت کمک رسان، بیمه شده نسبت به انجام اعمال جراحی مذکور اقدام نماید.

6- جراحی واریکوسل جهت تشخیص (جنبه درمانی و یا درمان ناباروری) نیاز به ارائه مدارک قبل از جراحی به شرکت کمک رسان ایران دارد.

هزینه های پاراکلینیکی :

هرگونه دست خوردگی در مدارک ، هزینه را غیر قابل پرداخت نموده مگر اینکه مجدداً توسط مهر مرکز یا پزشک تأیید گردد .

مدارک لازم جهت ارائه هزینه های پاراکلینیکی (در صورت وجود پوشش مذکور در قرارداد مربوطه):

- اصل قبض مرکز درمانی با درج تاریخ و ممهور به مهر مرکز درمانی
- کپی دستور پزشک در خصوص انجام کار با درج تاریخ و ممهور به مهر پزشک معالج (یا کپی گزارش مربوط)
- پرداخت هزینه های پاراکلینیکی (چه در مراکز دولتی و چه در مراکز غیر دولتی) براساس تعرفه مربوط به آن مرکز پرداخت میگردد و اگر مراکز انجام آن خدمت غیر دولتی باشد ، علاوه بر تعرفه فرانشیز مربوط به قرارداد بیمه هم نسبت به آن هزینه اعمال میگردد.

هزینه ویزیت :

- اصل نسخه پزشک که در آن تاریخ ، نام و نام خانوادگی بیمار و مبلغ دریافتی بابت ویزیت توسط پزشک درج و ممهور به مهر پزشک (یا مرکز درمانی) باشد در صورت درج هزینه ویزیت بر روی نسخه دفترچه بیمه پایه ، پزشک مربوطه می بایست مجدداً برای هزینه ویزیت مهر نماید .
- پرداخت هزینه ویزیت بر اساس تعرفه ای که توسط وزارت بهداشت و درمان که هر ساله در اوایل سال اعلام میگردد ، انجام میشود و براساس این تعرفه هزینه ویزیت متخصص ، فوق تخصص ، پیراپزشک و ... با هم متفاوت است.
- هزینه جلسات مشاوره و روانی درمانی معادل یک ویزیت کارشناس و پزشک مربوطه محاسبه و پرداخت میگردد.

هزینه دارو :

- اصل نسخه پزشک حاوی نام و نام خانوادگی بیمار (یا برگه دوم دفترچه درمانی بیمه شده) که در آن تاریخ و اقلام دارویی درج شده و ممهور به مهر پزشک باشد و مبلغ دریافتی بابت هر دارو توسط داروخانه در آن درج و ممهور به مهر داروخانه نیز باشد.
- در صورتی که دارو بیمه ای باشد و باکسر بیمه پایه محاسبه شده باشد نسخه سبز رنگ دفترچه بیمه پایه توسط داروخانه برداشته میشود و داروخانه موظف است که مبلغ دریافتی را در برگه بعدی درج و ممهور نماید البته از آنجایی که نوع دارو در صفحه دوم دفترچه بیمه کمرنگ بوده و خواندن آن سخت است توصیه می شود در وهله اول از صفحه اول دفترچه کپی و یا عکس گرفته شود و ضمیمه صفحه دوم دفترچه بیمه پایه گردد گرچه جدیداً داروخانه ها موظف به ارائه پرینت ریز داروها شده اند.
- در صورتی که بابت هزینه داروها از سهم بیمه پایه استفاده نشده باشد و یا آزاد هزینه شده باشد ، ارسال نسخه صفحه اول (سبز رنگ) الزامی است حتی اگر مهر داروخانه و رقم دارو در نسخه صفحه دوم درج شده باشد .
- کلیه داروهای زیبایی و بهداشتی و لاغری و مکمل ها در تعهد نمی باشد .

اعمال جراحی سرپائی :

- در صورت برداشت توده ارائه جواب پاتولوژی الزامی است .
- در صورت برداشت خال یا زگیل ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر تعداد ، محل و اندازه آنها الزامی می باشد .

هزینه سمعک :

- در صورتی که جبران هزینه سمعک در قرارداد درمان پیش بینی شده باشد ، هزینه پرداخت شده با ارایه شنوایی سنجی ، دستور پزشک ، گارانتی سمعک و فاکتور خرید ممهور شده پس از کسر فرانشیز تا سقف مورد نظر ، پرداخت خواهد شد.

هزینه فیزیوتراپی :

- ارائه درخواست پزشک متخصص معالج و گواهی مرکز فیزیوتراپی براساس تاریخ های انجام داده ، الزامی است .

هزینه عینک :

صرفاً جهت شماره چشم بالاتر از 25% و با تأیید شماره چشم توسط چشم پزشک متخصص قابل محاسبه می باشد و نسبت به هزینه های عینک و لنزی که توسط اپتومتریست تجویز شده است ترتیب اثری نخواهد شد .