

شيوه نامه اجرای سر

قرارداد درمان گروهی

کارکنان قرارداد کار مدت موقت و معین وزارت نفت، شرکتهای تابعه و پیمانکاران

(وزارت نفت شامل: شرکت ملی نفت ایران، شرکت ملی گاز ایران، شرکت ملی پالایش و پخش فرآورده های نفتی ایران و شرکت ملی صنایع پتروشیمی ایران می باشد)



ویرة شعب شرکت بیمه البرز

۱۴۰۰ - ۱۳۹۹

ماده ۱۰ مناقصه محدود شماره ۰۵۷-۰۰۹۹-۰۸۴-۰۰۲:

مبنای محاسبه هزینه ها در بخش های درمانی (دولتی و خصوصی) بر اساس تعرفه های دولتی و خصوصی اعلامی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.



رهنمودی از مقام معظم رهبری:

باید کاری کنیم که بیماران جزرنج بیماری، درد و دغدغه دیگری نداشته باشند.

الف) بخش صدور معرفی نامه (پاراکلینیکی - بستری) ۳

۱- الف) نحوه اخذ معرفی نامه و استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد ۳

ب) بخش بستری ۶

۱- ب) نحوه ارسال صورتحسابهای بستری مراکز درمانی غیر طرف قرارداد (آزاد) توسط بیمه شدگان ۶

۲- ب) ضوابط پرداخت صورتحسابها (هزینه های بستری) ۶

۳- ب) سایر شرایط و مقررات در بخش بستری ۷

ج) بخش سرپائی و پاراکلینیکی ۹

۱- ج) مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های تشخیصی (پاراکلینیکی) ۹

۲- ج) ضوابط پرداخت هزینه های تشخیصی (پاراکلینیکی) ۹

۳- ج) توضیحات موردی در بخش نسخ سرپائی - پاراکلینیکی ۹

د) بخش دندانپزشکی ۱۶

۱- د) نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد ۱۶

۲- د) ضوابط پرداخت هزینه های دندانپزشکی ۱۶

۳- د) مدارک لازم جهت پرداخت انواع هزینه های دندانپزشکی ۱۶

۴- د) دندانپزشکی تحت بیهوشی ۱۸

۴- د) استثنائات در ارائه رادیوگرافی دندان ۱۸

۵- د) تعریف انواع گرافی در دندانپزشکی ۱۸

و) مقررات آئین نامه ای ۲۰

ز) پیوستها ۲۱

فرم ارسال هزینه های درمانی پرسنل ۲۱

الف) بخش صدور معرفی نامه (پاراکلینیکی - بستری)

۱- الف) نحوه اخذ معرفی نامه و استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد:

جهت تسهیل فرآیند بهره مندی کارکنان شرکت ملی نفت ایران از خدمات تشخیصی - درمانی مندرج در قرارداد، کلیه بیمه شدگان می توانند با به همراه داشتن مدارک مشروحه ذیل، به هر یک از شعب شرکت بیمه البرز مراجعه نموده و نسبت به دریافت معرفی نامه مراکز درمانی طرف قرارداد اقدام نمایند.

با توجه به راه اندازی صدور معرفی نامه اینترنتی در تعداد کثیری از مراکز تشخیصی و بیمارستانهای طرف قرارداد، بیمه شدگان می توانند پس از مراجعه به سایت بیمه البرز به نشانی ذیل و حصول اطمینان از امکان صدور معرفی نامه اینترنتی، جهت استفاده از خدمات تشخیصی - درمانی، صرفاً با به همراه داشتن مدارک ذیل و پس از مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد مورد نظر، معرفی نامه اینترنتی توسط آن مرکز صادر خواهد شد.

۱- دستور پزشک معالج با ذکر نوع بیماری، تاریخ بستری (پذیرش)

۲- اصل و تصویر کارت ملی

توجه ۱: چنانچه بیمه شده نسبت به اخذ معرفی نامه از شرکت بیمه البرز (به صورت مستقیم و غیر اینترنتی) اقدام نموده و به هر دلیلی از معرفی نامه صادره استفاده نکرده؛ بیمه شده می بایست در اسرع وقت معرفی نامه را جهت ابطال به شرکت بیمه البرز عودت نماید.

توجه ۲: با عنایت به انعقاد قرارداد با مراکز درمانی در سراسر کشور، در صورت مراجعه بیمه شده به هر یک از مراکز درمانی طرف قرارداد، صرفاً فرانشیز بیمه نامه و موارد خارج از تعهدات که در ذیل معرفی نامه درج گردیده است به عهده بیمار می باشد.

لیست مراکز درمانی بستری و سرپایی طرف قرارداد در سراسر کشور به همراه آدرس و شماره تلفن در سایت شرکت بیمه البرز به نشانی اینترنتی ذیل با انتخاب نام استان و نوع مرکز درمانی قابل دسترسی می باشد:

www.alborzins.com



۱- الف) بررسی جنبه زیبایی / درمانی / غیر درمانی نوع جراحی توسط پزشک معتمد در زمان صدور معرفی نامه

اظهار نظر پزشک معتمد بیمه گر در خصوص اعمال جراحی ذیل، قبل از انجام جراحی و همچنین قبل از صدور معرفی نامه ضروری می باشد

مدارک مورد نیاز جهت اظهار نظر توسط پزشک معتمد به تفکیک نوع جراحی :

- جراحی فتق نافی / جراحی فتق جدار شکم مدارک: گزارش سونوگرافی قبل از عمل
- جراحی واریس پا / لیزر واریس پا مدارک: گزارش سونوگرافی قبل از عمل
- انواع جراحی بینی (سپتوپلاستی، رینوپلاستی و ...) مدارک: گزارش رادیوگرافی و سی تی اسکن قبل از عمل
- انواع جراحی پستان (ماموپلاستی و ...) مدارک: گزارش پاتولوژی، ماموگرافی و سی تی اسکن قبل از عمل
- پیوند پوست / گرافت پوستی: مدارک: گزارش پاتولوژی قبل از عمل (بررسی در خصوص وسعت پیوند پوست)
- جراحی پلک (بلفاروپلاستی، بلفاروپتوز) مدارک: گزارش بینایی سنجی قبل از عمل، پریمتری یا تعیین بینایی قبل از عمل
- کورتاژ تخلیه / سقط مدارک: گزارش سونوگرافی و آزمایشات بارداری (جهت احراز قانونی بودن نوع عمل / بدون نیاز به معاینه بیمار)
- جراحی فک صدور معرفی نامه جراحی فک صرفاً در موارد غیر زیبایی و با تایید پزشک معتمد بیمه گر امکان پذیر می باشد
- جراحی چاقی مفرط (بای پس معده، اسلیو معده و ...) صدور معرفی نامه بابت این عمل، صرفاً پس از اندازه گیری قد و وزن بیمار توسط پزشک معتمد و حصول اطمینان از چاقی مفرط بیمار و $BMI \geq 40$ ، امکان پذیر است و در سایر موارد نیز می بایست، مطابق معیارهای لازم در شیوه نامه پرداخت خسارت (بررسی دیابت و ...) اقدام گردد.
- توجه: بابت انجام اعمال جراحی چاقی مفرط، بیمه شدگانی که دارای بیمه گر پایه می باشند، ابتدا می بایست تاییدیه پزشک معتمد بیمه گر پایه را اخذ نمایند.

۲- الف) استثنائات صدور معرفی نامه (عدم امکان صدور معرفی نامه):

در برخی از بیماریها و جراحی ها به شرح ذیل، امکان صدور معرفی نامه وجود ندارد؛ لذا بیمه شده می بایست پس از انجام هزینه نسبت به ارسال صورتحساب به شرکت بیمه گر اقدام نماید. پس از بررسی مدارک و اظهار نظر توسط پزشک معتمد، مطابق شرایط بیمه نامه اتخاذ تصمیم خواهد شد.

• **تزریق بلوک های عصبی:** امکان صدور معرفی نامه (سرپایی - بستری) جهت انجام تزریق بلوک های عصبی وجود ندارد؛ لذا بیمه شده می بایست این اقدام را به صورت آزاد (بدون استفاده از معرفی نامه) انجام دهد.

توجه: تزریق بلوک های عصبی تحت فلوروسکوپ با ماده حاجب، کنار عصب انجام می پذیرد. پزشک معتمد پس از بررسی کلیه مدارک پزشکی و مستندات لازم نسبت به تعیین کد اقدام خواهد نمود.

• **جراحی دیاستازیس شکمی (آبدومینوپلاستی):** با توجه به اینکه اقدام مذکور صرفاً جنبه زیبایی دارد، لذا صدور معرفی نامه امکان پذیر نمی باشد؛ لیکن در موارد خاص و در صورت احراز جنبه درمانی توسط پزشک معتمد، قابل پرداخت خواهد بود.

• **بالن گذاری:** بالن گذاری داخل معده بدون عمل جراحی بای پس معده و به تنهایی، جنبه درمانی نداشته و تحت پوشش نمی باشد.

۳ - ۱ - الف) نکات قابل توجه در صدور معرفی نامه در برخی از بیماریها و جراحیها :

• **لیزرتراپی:** نظر به اینکه لیزرتراپی ، صرفاً جنبه سرپایی دارد ، لذا صدور معرفی نامه از محل سقف تعهدات بستری امکان پذیر نمی باشد و می بایست مراتب توسط پزشک معتمد با / یا بدون معاینه بیمار ، پس از بررسی گزارش آزمایش ، پاتولوژی یا سونوگرافی و همچنین اظهار نظر در خصوص تعداد جلسات مورد نیاز مورد بررسی و اظهار نظر قرار گیرد .

• **جراحی اکسیژون لیپوم و تخلیه کیست:** نظر به اینکه جراحی اکسیژون لیپوم و تخلیه کیست عموماً ماهیت سرپائی دارد ، لذا صدور معرفی نامه بستری منوط به ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر لزوم بستری و مشروط به تأیید پزشک معتمد پس از معاینه بیمار و بررسی مدارک لازم از جمله گزارش آزمایش و پاتولوژی خواهد بود . ضمناً پزشک معتمد در اظهار نظر خود ؛ اندازه ، تعداد ، خطرات ناشی از ناحیه قرارگیری لیپوم و وضعیت سلامتی بیمار را لحاظ خواهد نمود .

• **جراحی دیسک (به روش لیزری یا RF):** صدور معرفی نامه جهت جراحی دیسک به روش لیزری یا RF به تنهایی (بدون لحاظ کدهای دیگر) پس از تایید پزشک معتمد و با درج در فرم معرفی نامه امکان پذیر می باشد.

• **رفع عیوب انکساری (لیزیک):** پس از بررسی برگه اپتومتری بیمار توسط پزشک معتمد (بدون معاینه بیمار) و تعیین میزان دیوپتر (درجه) عیوب انکساری چشم ، می توان نسبت به صدور معرفی نامه ، وفق شرایط بیمه نامه اقدام نمود .

توجه: جهت تعیین میزان دیوپتر عیوب انکساری می بایست درجه نزدیک بینی یا دوربینی یا آستیگماتیسم و یا جمع قدر مطلق درجه دوربینی یا نزدیک بینی، مطابق میزان دیوپتر مندرج در تعهدات بیمه نامه ، ملاک عمل قرار گیرد .

ب) بخش بستری

۱- ب) نحوه ارسال صورتحسابهای بستری مراکز درمانی غیر طرف قرارداد (آزاد) توسط بیمه شدگان

در صورتیکه بیمه شدگان به هر دلیلی از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده نمایند، می بایست پس از تسویه حساب با مرکز درمانی مربوطه، نسبت به ارائه کلیه مدارک پزشکی مشروح ذیل (حداکثر ۵ ماه از تاریخ انجام هزینه و ۵ ماه بعد از اتمام تاریخ قرارداد) به بیمه گر اقدام نمایند.

۱-۱- ب) اصل صورتحساب بیمارستان و پزشکان ممههور به مهر بیمارستان

۱-۲- ب) گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری، برگه شرح حال بیمار

۱-۳- ب) در صورت انجام جراحی، گزارش عمل جراحی، گواهی پزشک جراح، کمک جراح، بیهوشی و ...

۱-۴- ب) ریز صورتحساب آزمایش، رادیولوژی، سونوگرافی، ام آر آی، اکو، اسکن و... به همراه گزارشات اقدامات مذکور

۱-۵- ب) ریز اقلام دارو و لوازم مصرفی و تجهیزات مصرفی اتاق عمل؛ همچنین در صورت نیاز به استفاده از لوازم و تجهیزات مصرفی در جراحی، ارائه فاکتور خرید لوازم مصرف شده ممههور به مهر اتاق عمل و پزشک معالج الزامی می باشد.

۱-۶- ب) در صورت انجام فیزیوتراپی، ارائه گواهی تعداد جلسات، تاریخ انجام آنها و اقدامات انجام شده در هر جلسه ضروری است.

۱-۷- ب) در صورت انجام جراحی D&C (کور تاژ)، ارائه سونوگرافی قبل از جراحی

۱-۸- ب) در صورت انجام جراحی سیتوپلاستی، ارائه گرافی و گزارش آن قبل از جراحی

۱-۹- ب) تصویر شرح عمل، خلاصه وضعیت بیمار و سیر بیماری و برگ بیهوشی (در صورت انجام جراحی)

۱-۱۰- ب) سایر مدارک پزشکی مربوطه مندرج در صورتحساب (ارائه جوابیه پاتولوژی و...)

۱-۱۱- ب) در صورت خرید پروتز (وسایل و تجهیزات پزشکی) ارائه اصل فاکتور خرید معتبر (دارای شماره اقتصادی) ممههور به مهر پزشک جراح و بیمارستان

۲- ب) ضوابط پرداخت صورتحسابها (هزینه های بستری)

۲-۱- ب) ملاک عمل در پرداخت هزینه های بستری، ارائه اصل کلیه مدارک توسط بیمه شده می باشد؛ لذا در صورت ارائه فاکتور المثنی یا تصویر مدارک، اسناد مربوطه عیناً عودت می گردد.

توجه: در صورت تائید کتبی بیمه گذار مدیریت امور پشتیبانی و رفاه وزارت نفت، مدارک المثنی قابل رسیدگی و پرداخت می باشد.

۲-۲- ب) درج مهر در گواهی پزشکان، گواهی ویزیت و گواهی مشاوره و سایر اسناد مربوطه الزامی می باشد.

۲-۳- ب) در صورتی که بیمه شدگان دارای بیمه گر پایه باشند و از بیمار ستاهای غیر طرف قرارداد استفاده نموده باشند، بیمه شدگان ابتدا می بایست مدارک پزشکی را به بیمه گر پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی و...) ارائه نموده و پس از اخذ سهم بیمه گر پایه، رسید دریافتی (دریافت از طریق سایت) و یا کپی چک خسارت دریافتی از سازمان اسناد پزشکی را به همراه تصویر برابر با اصل کلیه مدارک پرونده بستری به شرکت بیمه البرز ارائه نمایند. (باستثناء سازمان خدمات درمانی که مدارک را برابر با اصل نمی نماید).

توجه: در صورت عدم تمایل بیمه شده به استفاده از سهم بیمه گر پایه، پس از اخذ تعهد از ایشان، هزینه درمانی با کسر فرانشیز مندرج در بیمه نامه قابل رسیدگی و پرداخت می باشد. در اینصورت پس از پرداخت خسارت توسط بیمه البرز، اصل مدارک درمانی جهت استفاده از بیمه گر پایه به هیچ وجه به بیمه شده مسترد نمی گردد.

مشاهده اطلاعات درمانی و استعلام میزان خسارت بیمه شدگان

بیمه شدگان می توانند از طریق مراجعه به سایت شرکت بیمه البرز به آدرس www.alborzins.com بخش خدمات

الکترونیک، کلیه هزینه های درمانی خود را با وارد نمودن کد ملی / کد بیمه شده ملاحظه نمایند.

۴-۲-۴) در صورت مخدوش بودن نام و نام خانوادگی بیمه شده و تاریخ بستری در صورت حساب و یا سایر مدارک ارسالی، اسناد مذکور می‌بایست مجدداً توسط مرکز درمانی مربوطه تصحیح و ممهور گردد.

۴-۲-۵) مبلغ خالص پرداختی بیمار، صراحتاً می‌بایست توسط مرکز درمانی مشخص گردد؛ لذا در صورت درج مبلغ باقیمانده در صورت حساب، پرداخت هزینه منوط به ارائه فاکتور یا صورت حساب مجدد، ممهور به مهر مرکز درمانی مربوطه می‌باشد.

۴-۲-۶) در صورت استفاده بیمه شده از سهم یارانه سلامت در بیمارستان‌های دولتی، هزینه درمانی صرفاً با ارائه رسید مرکز درمانی و تصویر شرح حال/شرح عمل قابل پرداخت می‌باشد. به عبارتی ارائه ریز صورت حساب الزامی نمی‌باشد.

۴-۲-۷) حق تحقیق و بررسی در خصوص چگونگی درمان بیمه شده و بررسی مدارک پزشکی برای بیمه گر محفوظ می‌باشد.

۳- ب) سایر شرایط و مقررات در بخش بستری

۳-۱- ب) ملاک محاسبه و پرداخت خسارت :

در صورتیکه هر یک از بیمه شدگان به هر دلیلی از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد استفاده نمایند و یا بدون اخذ معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد مراجعه نمایند؛ محاسبه و پرداخت هزینه ها، پس از اعمال تعرفه (همتراز بیمارستان طرف قرارداد)، و کسر کسورات قطعی از جمله فرانشیز، مابه التفاوت تخت خصوصی و ...)

توجه: مبالغی که برخی از پزشکان به صورت جداگانه و خارج از صورت حساب دریافت می نمایند (مانند حق العمل جراحی و ...)، در صورت ارائه گواهی پزشک معالج حداکثر معادل تعرفه بیمارستان همتراز محاسبه و پس از کسر سهم حق العمل مندرج در صورت حساب، مابه التفاوت آن پرداخت خواهد شد.

۳-۲- ب) **فراز شیز بیمه نامه:** در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر اول، فرانشیز جهت هزینه های بستری و جراحی خاص معادل ۱۰٪ (ده درصد) و جهت سایر موارد (زایمان، رفع عیوب انکساری و هزینه های پاراکلینیکی) معادل ۲۰٪ (بیست درصد) می باشد.

۳-۳- ب) **هزینه های تخت همراه:** هزینه تخت همراه برای بیماران کمتر از ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال قابل پرداخت می باشد. هزینه همراه برای سایر سنین در موارد ضروری، با تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد.

۳-۴- ب) **هزینه های اتاق خصوصی:** هزینه های مربوط به اتاق خصوصی غیر قابل پرداخت می باشد. در موارد خاص و صرفاً در صورت گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری و تایید پزشک معتمد بیمه گر و بیمه گذار، اتاق خصوصی (ایزوله) قابل پرداخت می باشد.

توجه: اتاق vip بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از بخشهای بیمارستانی خارج شده است و صرفاً معادل دو تخته محاسبه و پرداخت خواهد گردید.

۳-۵- ب) **صورت حسابهای بیمارهای خاص:** هزینه های بستری بیمارهای خاص شامل بیماری هموفیلی، تالاسمی، نارسایی کلیه، ام اس، کانسر، هپاتیت، ایدز و هزینه های مرتبط با آن، مطابق شرایط مندرج در قرارداد و با اعمال تعرفه (همتراز بیمارستانهای طرف قرارداد) و پس از کسر فرانشیز قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۳-۶- ب) **هزینه های بستری مربوط به بیماری های اعصاب و روان (با استثناء جنون):** از محل سقف تعهدات بستری مطابق ضوابط مندرج در قرارداد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۳-۷- ب) **هزینه های عیوب مادرزادی:** هزینه های مربوط به عیوب مادرزادی صرفاً جهت بیماران اوتیسم با تایید پزشک معتمد بیمه گر (بررسی جنبه درمانی)، مطابق ضوابط مندرج در قرارداد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۸-۳-ب) هزینه جراحی فک: هزینه های بستری جراحی فک غیر قابل پرداخت می باشد مگر در اثر حادثه و یا وجود تومور، پس از تایید پزشک معتمد بیمه گر مطابق ضوابط مندرج در قرارداد قابل محاسبه و پرداخت می باشد

۹-۳-ب) هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری: هزینه های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل هزینه های تشخیصی، دارویی و درمان و اعمال جراحی مرتبط مانند IUI، ZIFT، GIFT، IVF، ITSC، و میکرواینجکشن، پس از اخذ مدارک مثبته برای هر یک از زوجین مطابق ضوابط مندرج در قرارداد پس از کسر فرانشیز ۲۰٪ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

توجه: هزینه مربوط به تعیین جنسیت جنین قابل پرداخت نمی باشد.

۱۰-۳-ب) هزینه های مربوط به بستری بیماران کرونایی: طبق شرایط مندرج در بیمه نامه از محل تعهدات بستری، همطراز بیمارستان طرف قرارداد (بدون سقف) و با کسر فرانشیز بیمه نامه قابل رسیدگی و پرداخت می باشد.

۱۱-۳-ب) هزینه خرید اعضای طبیعی بدن: هزینه خرید اعضای طبیعی بدن از جمله خرید کلیه به همراه صورتحساب بستری، با تایید پزشک معتمد بیمه گر، مطابق فاکتور انجمن حمایتی مربوطه قابل پرداخت می باشد.

توجه ۱: هزینه خرید کلیه با ارائه گواهی انجمن حمایت از بیماران کلیوی، مطابق فاکتور انجمن مزبور و مستندات پزشکی مبنی بر انجام پیوند قابل پرداخت می باشد. هزینه انجام پیوند کلیه در بیمارستانهای دولتی و بیمارستانهای وابسته طرف قرارداد با تامین اجتماعی بصورت رایگان انجام می شود.

توجه ۲: هزینه های درمانی دهنده عضو غیر قابل پرداخت می باشد.

۱۲-۳-ب) هزینه خدمات پرستاری در منزل: هزینه های خدمات پرستاری در منزل متعاقب دستور پزشک معالج مربوطه، طبق تعرفه و ضوابط معین (به استثناء نگهداری سالمندان) قابل پرداخت می باشد.

۱۳-۳-ب) هزینه آمبولانس (درون شهری و برون شهری) و انتقال هوایی بیمار: هزینه انتقال بیمار توسط آمبولانس (از منزل به بیمارستان و یا از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر) به شرط بستری یا عدم بستری بیمار قابل پرداخت می باشد.

۱۴-۳-ب) هزینه رفع عیوب انک ساری: پرداخت هزینه های رفع عیوب انکساری چشم (نزدیک بینی، دوربینی و آستیگماتیسم) و اصلاح پیرچشمی با شماره ۳ دیوپتر یا بیشتر برای هر چشم، پس از تایید توسط پزشک معتمد بیمه گر، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۵-۳-ب) هزینه های درمان خارج از کشور:

بیمه شدگانی که بعزت عدم امکان معالجه بیماری آنان در داخل کشور امکان پذیر نباشد و به تشخیص مراجع ذیصلاح پزشکی کشور و اطلاع بیمه گذار به خارج اعزام شوند و چنانچه هنگام مسافرت به خارج از کشور بدلیل فوریت پزشکی بصورت اورژانس، بیماری یا حادثه ای اتفاق افتاده باشد و نیاز به تشخیص و معالجه پیدا کند، در صورتیکه سفارت و یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه صورتحساب های هزینه پزشکی و بیمارستانی را تایید کند براساس ضوابط بیمه نامه و با پزشک معتمد بیمه گذار، حداکثر تا سقف تعهدات مندرج در متن بیمه نامه و براساس نرخ ارز اعلام شده از طرف بانک مرکزی در زمان وقوع بیماری یا حادثه به ریال قابل پرداخت خواهد بود. در صورت عدم احراز هر یک از موارد فوق، هزینه های انجام شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر محاسبه و پرداخت خواهد شد.

توجه ۱: میزان خسارت بر اساس نرخ ارز اعلام شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

توجه ۲: در صورت انجام هزینه درمانی در خارج از کشور، می بایست اصل مدارک درمانی منضم به ترجمه آن که به تایید اداره رفاه بیمه گذار رسیده باشد، جهت بررسی و پرداخت به بیمه گر تحویل گردد.

ج) بخش سرپایی و پاراکلینیکی

کلیه هزینه های سرپایی شامل رادیولوژی، ام آر آی و ...، اعمال مجاز سرپایی و سایر موارد مندرج در بیمه نامه، مطابق تعرفه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (مصوبه هیات وزیران) و با کسر فرانشیز مندرج در بیمه نامه (در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر اول) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱- ج) مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های تشخیصی (پاراکلینیکی)

۱- دستور پزشک معالج یا تصویر جوابیه

۲- اصل فاکتور (قبض) ممهور به مهر مرکز درمانی

۲- ج) ضوابط پرداخت هزینه های تشخیصی (پاراکلینیکی)

۱-۲- ج) ملاک پرداخت هزینه های پاراکلینیکی، ارائه اصل فاکتور (قبض) می باشد؛ لذا در صورت ارائه فاکتور المثنی یا تصویر فاکتور، مدارک مربوطه عیناً عودت می گردد.

توجه: مدارک المثنی بیمه شده، صرفاً پس از تایید مدیریت امور پشتیبانی و رفاه بیمه گذار قابل پرداخت می باشد.

۲-۲- ج) درج نام و نام خانوادگی بیمار، تاریخ ویزیت یا فاکتور و مبلغ پرداختی در مدارک ارسالی الزامی می باشد.

۳-۲- ج) در صورت مخدوش بودن نسخ ارسالی اعم از لاک گرفتگی، خط خوردگی (شامل نام و نام خانوادگی، تاریخ نسخه و ...)، مدارک مذکور می بایست توسط پزشک یا مرکز درمانی مربوطه تصحیح و مجدداً ممهور به مهر گردد.

۴-۲- ج) در صورت درج مبلغ باقیمانده در فاکتور (قبض)، پرداخت هزینه منوط به ارائه فاکتور قطعی و یا درج مجدد مهر مرکز مربوطه مبنی بر تسویه کامل خواهد بود.

۳- ج) توضیحات موردی در بخش نسخ سرپایی - پاراکلینیکی

۱-۳- ج) هزینه ویزیت (سرپایی)

پرداخت هزینه ویزیت، منوط به درج مبلغ آن توسط پزشک معالج در نسخه اصلی و ممهور به مهر و امضاء می باشد.

توجه ۱: در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر اول، پرداخت ویزیت مشمول کسر فرانشیز بیمه نامه خواهد بود.

توجه ۲: هزینه ویزیت در زمان انجام اقدامات دندانپزشکی (بطور همزمان) غیر قابل پرداخت می باشد.

۲-۳- ج) تعرفه ویزیت (سرپایی)

پرداخت هزینه ویزیت پزشکان عمومی/متخصص/فوق تخصص/متخصص و فوق تخصص روانپزشکی / کارشناس پروانه دار و ارشد پروانه دار و ...، حداکثر مطابق تعرفه جاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش خصوصی، نهاد عمومی غیر دولتی، خیریه و بخش دولتی خواهد بود.

۳-۳- ج) هزینه مشاوره (روانپزشکی)

هزینه انجام مشاوره، صرفاً توسط روانپزشک و یا کارشناس روانشناس، در صورت درج نوع بیماری و تعداد جلسات لازم، توسط پزشک متخصص مربوطه مطابق تعرفه قابل پرداخت می باشد.

توجه ۱: پرداخت هزینه مشاوره بیش از ۱۰ جلسه، منوط به تایید پزشک معتمد بیمه گر و بیمه گذار می باشد.

توجه ۲: هزینه مشاوره صرفاً جهت بیماریهای اعصاب و روان قابل پرداخت می باشد.

توجه ۳: هزینه مشاوره تغذیه که صرفاً توسط پزشک متخصص و کارشناس تغذیه دارای نظام پزشکی انجام پذیرد.

توجه ۴: هزینه های مشاوره غیر درمانی (از جمله افت تحصیلی، ازدواج و ...) غیر قابل پرداخت می باشد.

توجه ۵: هزینه مشاوره روانپزشکی که توسط متخصص اعصاب و روان انجام گرفته باشد به شرح ذیل و مطابق کتاب ارزش نسبی خدمات (کدهای ۹۰۰۰۵۰ و ۹۰۰۰۵۱) قابل پرداخت می باشد:

- چنانچه مدت مشاوره توسط پزشک متخصص مربوطه (متخصص اعصاب و روان) معادل ۳۰ دقیقه و یا بدون ذکر مدت مشاوره گواهی شود، حداکثر # ۹k معادل ۲,۰۴۱,۲۰۰ ریال قابل پرداخت می باشد.

- چنانچه مدت مشاوره توسط پزشک متخصص مربوطه (متخصص اعصاب و روان) بیش از ۳۰ دقیقه گواهی شود، حداکثر # ۱۳k معادل ۲,۹۴۸,۴۰۰ ریال قابل پرداخت می باشد.

توجه ۶: محاسبه k بر اساس نرخ اعلام شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در هر سال خواهد بود.

۴-۳-ج) هزینه نسخ دارویی

۴-۳-۱) ضوابط پرداخت هزینه نسخ دارویی

در صورت درج دستور دارو در سربرگ پزشک معالج و یا در نسخ دفترچه درمانی (هزینه آزاد) موارد ذیل می بایست رعایت گردد:

۱- ممهور به مهر پزشک ۲- درج ریز اقلام دارویی ۳- ممهور به مهر داروخانه ۴- درج ریز قیمت داروها (توسط داروخانه) ۵- درج حق فنی

توجه ۱: در صورتیکه بیمه شده رأساً هزینه داروئی را پرداخت نموده باشد، ارسال اصل نسخه ممهور به مهر پزشک معالج، مهر داروخانه و درج مبلغ دارو الزامی است.

توجه ۲: با توجه به حذف دفترچه های بیمه گر پایه، تا زمان راه اندازی سامانه استعلام نسخ الکترونیک توسط سازمان های مربوطه، هزینه های داروی مصرفی بیمه شدگان با پرینت داروهای تجویز شده و ممهور به مهر داروخانه و سایر هزینه های پاراکلینیکی با ارائه اصل قبض پرداختی و تصویر جوابیه خدمت انجام شده قابل رسیدگی و پرداخت می باشد.

۴-۳-۲) ملاک پرداخت هزینه نسخ دارویی

هزینه نسخ دارویی عمومی و تخصصی شامل داروهای ایرانی، خارجی، گیاهی و هورمون رشد، بر اساس نرخ رسمی داروها، طبق تعهدات مندرج در شرایط قرارداد قابل بررسی و پرداخت می باشد.

توجه ۱: پرداخت دارو برای هر نوبت تجویز پزشک معالج حداکثر به مدت ۳ ماه می باشد. به عبارتی دارو برای مصرف ۳ ماه بیمه شده می بایست توسط پزشک معالج تجویز و تمدید شود.

توجه ۲: استثنائات، داروهای مربوط به رژیم درمانی (کاهش و افزایش وزن)، داروهای تقویت کننده قوای جنسی، مکمل ورزشی، تقویت حافظه، لوازم آرایشی و بهداشتی کرم ها و محلول هایی که کاربرد زیبایی دارند و سایر موارد مشابه در تعهد بیمه البرز نمی باشند.

توجه ۳: هزینه سرنگ، آب مقطر، اسکالپ وین، آنژیوکت، ست سرم و میکروست صرفاً مطابق با تعداد آمپول و سرم تجویز شده و انواع باند در نسخه قابل پرداخت می باشد

توجه ۴: پرداخت حق فنی و عناوین مشابه داروخانه بر عهده بیمه گر می باشد.

مشاهده اطلاعات درمانی و استعلام میزان خسارت بیمه شدگان

بیمه شدگان می توانند از طریق مراجعه به سایت شرکت بیمه البرز به آدرس www.alborzins.com بخش خدمات

الکترونیک، کلیه هزینه های درمانی خود را با وارد نمودن کد ملی / کد بیمه شده ملاحظه نمایند.

۱-۲-۴-۳-ج) داروهای ایرانی

هزینه داروهای ایرانی که جنبه درمانی داشته و در فهرست فارماکوپه ایران باشند، با ارائه دستور پزشک و ارائه سند پرداخت هزینه، مههور به مهر داروخانه قابل پرداخت می باشد.

۲-۲-۴-۳-ج) داروی خارجی

داروهای خارجی در صورت تجویز توسط پزشک متخصص مرتبط، قابل پرداخت می باشد.

توجه ۱: چنانچه داروی خارجی توسط پزشک عمومی تجویز شده باشد و بیمه شده، مستندات پزشکی (سابقه) قبلی استفاده از داروی خارجی با تجویز پزشک متخصص مربوطه داشته باشد؛ هزینه آن با تأیید نماینده بیمه گذار قابل پرداخت خواهد بود.

توجه ۲: هزینه کلیه داروهای خارجی (اعم از اینکه مشابه ایرانی داشته باشند و یا اینکه فاقد مشابه ایرانی باشند) قابل پرداخت می باشد.

توجه ۳: تجویز داروی تخصصی و خارجی در مناطق کم برخوردار از پزشک متخصص، مطابق دستور پزشک عمومی بلامانع می باشد.

۳-۲-۴-۳-ج) داروهای گیاهی

صرفاً داروهای گیاهی مورد تأیید معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که دارای پروانه ثبت باشند با ارائه دستور پزشک و ارائه سند پرداخت هزینه مههور به مهر داروخانه قابل پرداخت می باشد.

توجه: هزینه گیاهان دارویی غیر قابل پرداخت می باشد.

۴-۲-۴-۳-ج) داروهای بیماران خاص و صعب العلاج

هزینه داروهای مرتبط با بیماریهای خاص و صعب العلاج (شامل: هموفیلی، تالاسمی، ام پی اس، ام اس، دیالیز، هپاتیت، انواع سرطان، شیمی درمانی، ایدز، پارکینسون، کتونومی و سوختگیها) مندرج در تعهدات، در صورت تجویز توسط پزشک متخصص مرتبط و پس از تأیید پزشک معتمد بیمه گر و بیمه گذار با کسر فرانشیز ۱۰٪ قابل پرداخت می باشد.

توجه: سایر هزینه های غیر مرتبط (با نوع بیماری) با کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

۵-۲-۴-۳-ج) داروهای درمان نازایی و ناباروری

در صورت تجویز داروی ناباروری و نازایی توسط پزشک متخصص مرتبط، با بررسی سوابق پزشکی بیمه شده، از محل سقف مربوطه پس از کسر فرانشیز ۲۰٪ قابل پرداخت می باشد.

۶-۲-۴-۳-ج) داروی شیمی درمانی تزریقی - خوراکی

هزینه داروی شیمی درمانی تزریقی صرفاً با ارائه گواهی تزریق (کموتراپی) به همراه نسخه دارویی (مههور به مهر پزشک متخصص و داروخانه) از محل سقف تعهدات بستری قابل پرداخت می باشد.

توجه: پرداخت هزینه داروی شیمی درمانی خوراکی از محل سقف تعهدات داروی مصرفی قابل پرداخت می باشد.

۷-۲-۴-۳-ج) داروی هورمون رشد

ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های نسخ دارویی هورمون رشد:

۱- دستور پزشک متخصص معالج مبنی بر تشخیص بیماری و لزوم استفاده از آن و طول مدت درمان

۲- جوابیه آزمایشهای اولیه مربوط به بررسی کمبود هورمون رشد بیمه شده

۳- تصویر رادیوگرافی مچ دست به همراه گزارش آن

۴- تعیین قد، وزن و سن بیمه شده

۵- تأیید پزشک معتمد بیمه گر

۵-۳-ج) فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی و نوروفیدبک

ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های (فیزیوتراپی - گفتار درمانی - کاردرمانی - کایروپراکتیک - نوروفیدبک) :

۱- ارائه دستور پزشک معالج مرتبط مبنی بر ذکر تعداد جلسات مورد نیاز جهت انجام خدمات فیزیوتراپی و...

۲- ارائه فاکتور (گواهی پرداخت) ممهور به مهر مرکز مربوطه با درج تعداد و تفکیک جلسات تاریخ های مراجعه بیمه شده

توجه : پرداخت هزینه های فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی، نوروفیدبک، بیش از تعداد ۱۰ جلسه، منوط به ارائه سوابق پزشکی بیمه شده از جمله گزارش ام آر آی، اسکن، رادیوگرافی و...، به همراه پروتکل های درمانی تجویز شده توسط پزشک معالج، (مطابق درخواست پزشک معتمد بیمه گر) می باشد.

۶-۳-ج) انواع آزمایش

ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های آزمایش :

در صورت درج دستور در دفترچه بیمه گر پایه، ارائه مدارک ذیل ضروریست :

۱- ارائه دستور پزشک معالج یا تصویر جوابیه آزمایش

۲- ارائه اصل قبض پرداختی، ممهور به مهر آزمایشگاه

توجه : هزینه آزمایش ژنتیک با ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر لزوم انجام آزمایش و تصویر جوابیه آزمایش و با تأیید پزشک معتمد بیمه گر و بیمه گذار قابل پرداخت می باشد.

ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های تست کرونا (آزمایش و اسکن) :

- دستور پزشک معالج
- اصل قبض پرداختی
- تصویر جوابیه آزمایش / اسکن

ضوابط پرداخت :

ردیف	نوع خدمت	توضیحات
۱	آزمایش آنتی بادی (سرولوژی) IGG و IGM	صرفاً در صورت مثبت بودن نتیجه آزمایش (IGG یا IGM) و با تجویز پزشک معالج قابل پرداخت می باشد.
۲	تست تشخیصی گلوبال کرونا (RT-PCR و استخراج RNA)	با تجویز پزشک معتمد (عمومی یا متخصص طب اورژانس)، متخصص عفونی، متخصص گوش و حلق و بینی (ENT)، متخصص داخلی، متخصص اطفال، فوق تخصص ریه و متخصص زنان صرفاً در صورت بارداری بیمار قابل پرداخت می باشد. توجه : در صورت مثبت بودن نتیجه تست PCR، هزینه مذکور صرف نظر از تخصص پزشک تجویز کننده (عمومی یا متخصص) قابل پرداخت می باشد. آزمایش PCR مجدد در صورتی که با فاصله زمانی کمتر از ۲ ماه انجام شده باشد (به منظور چکاپ یا برگشت به کار) غیر قابل پرداخت می باشد و در صورتی که PCR اولیه منفی و PCR دوم مثبت باشد، در خصوص PCR اولیه مطابق شرایط فوق الذکر و PCR ثانویه قابل پرداخت می باشد.
۳	CT اسکن ریه	صرفاً با تجویز پزشک متخصص و یا متخصص طب اورژانس قابل پرداخت می باشد. توجه : در صورت مثبت بودن آزمایش PCR و یا مشاهده یافته های غیر طبیعی در CT اسکن و یا در صورتی که خدمت مذکور در تعهد بیمه پایه باشد، با تجویز پزشک عمومی نیز قابل پرداخت می باشد .
۴	داروهای مصرفی مربوط به بیماری کرونا	با ارائه مستندات مبنی بر مثبت بودن آزمایش PCR، مطابق تعرفه داروهای ایرانی (فارماکوپه) قابل پرداخت می باشد.
۵	کلیه هزینه های چکاپ انفرادی و گروهی	انجام کلیه هزینه های مربوط به بیماری کرونا (خارج از ضوابط مندرج در این جدول)، به استناد ماده ۱۴ آیین نامه ۹۹ مصوب شورای عالی بیمه جزء استثنائات بیمه نامه (چکاپ) محسوب گردیده و غیر قابل پرداخت می باشد.
۶	هزینه های بازگشت به کار (طب کار)	انجام کلیه تست ها و آزمایشات بیمه شدگانی که پس از بهبود بیماری کرونا و بمنظور بازگشت به محل کار انجام می گردد (هزینه های بازگشت به کار) غیر قابل پرداخت می باشد . به عبارتی هزینه های مذکور جزو هزینه های طب کار محسوب می گردد.

۷-۳-ج) لوازم ارتوپدی (هزینه های اروتز و پروتز)

۷-۳-۱-ج) تعریف اروتز و پروتز

اروتز: به کلیه وسایل کمکی (لوازم کمک توانبخشی) اطلاق می گردد که جهت جلوگیری و تصحیح بدشکلی ها و دفرمیتی یا نگهداری و تثبیت قسمتهای مختلف بدن به موازات آنها به کار می روند؛ مانند بریس های طبی، کمرست های طبی و یا کفش طبی

پروتز: یک جانشین مصنوعی برای یک عضو حذف شده بدن می باشد مانند دست و پای مصنوعی، چشم مصنوعی و

توجه: پرداخت هزینه های مربوط به پروتزهای مصنوعی که در زمان بستری و در داخل بدن بکار می رود (مانند: پیچ و پلاک و پلاتین و سایر موارد مشابه) با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر از سقف تعهدات بستری قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

- هزینه های خرید سمعک، عصا، واکر، ویلچر، جوراب واریس، کفش طبی (بیماران کلاب فوت و دراپ فوت)، گردن بند طبی، زانو بند طبی، کفی طبی، میچ بند طبی، کمر بند طبی، کپسول اکسیژن، تشک موج و دستگاه cpap (صرفاً برای بیماران با سابقه بستری و بیماریهای تنفسی) به شرح ذیل قابل رسیدگی و پرداخت می باشد.

۷-۳-۲-ج) ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های لوازم ارتوپدی و وسایل کمک توانبخشی :

جهت پرداخت هزینه لوازم ارتوپدی و وسایل کمک توانبخشی (شامل عصا، انواع گردن بند طبی، کفش و کفی طبی، جوراب واریس، انواع کمر بند طبی، میچ بند، زانو بند طبی، واکر، تشک موج دستگاه cpap توجه به موارد ذیل الزامی می باشد :

۱- ارائه دستور پزشک متخصص مرتبط

۲- ارائه مدارک و مستندات پزشکی لازم جهت لزوم تهیه لوازم ارتوپدی (بطور مثال: جهت خرید کفش طبی ارائه اسکن کف پا الزامی می باشد)

۳- فاکتور خرید از مراکز معتبر، ممهور به مهر مرکز مربوطه

۴- تأیید پزشک معتمد بیمه گر

توجه: هزینه دستگاههای تجهیزات پزشکی از جمله دستگاه فشار خون، دستگاه بخور، دستگاه قند خون و سایر موارد مشابه غیر قابل پرداخت می باشد.

۸-۳-ج) ویلچر

۸-۳-۱-ج) ضوابط پرداخت هزینه ویلچر :

هزینه ویلچر با ارائه مدارک مثبت (قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۸-۳-۲-ج) مدارک لازم جهت پرداخت هزینه ویلچر :

۱- ارائه دستور پزشک متخصص (در صورتیکه تا کنون از ویلچر استفاده نکرده باشد)

۲- ارائه مدارک و مستندات پزشکی لازم جهت لزوم استفاده و خرید ویلچر

۳- فاکتور خرید از مراکز معتبر، ممهور به مهر مرکز مربوطه

۴- تأیید پزشک معتمد بیمه گذار

۹-۳-ج) نوار تست قند خون و سرنگ انسولین

۹-۳-۱-ج) ضوابط پرداخت هزینه نوار تست قند خون و سرنگ انسولین :

هزینه نوار تست قند خون صرفاً برای بیماران دیابتی تیپ ۱ (بیماران وابسته به تزریق انسولین) و بیماران دیابتی تیپ ۲ (بیماران بدون وابسته به تزریق انسولین) به شرح ذیل پرداخت می گردد:

۱- هزینه نوار تست قند خون برای بیماران تیپ ۱، روزانه سه نوار (حداکثر تا سقف ۱۰۰ نوار در طی یک ماه) قابل پرداخت می باشد.

۲- هزینه نوار تست قند خون برای بیماران تیپ ۲، روزانه یک نوار (حداکثر تا سقف ۵۰ نوار در طی یک ماه) قابل پرداخت می باشد.

توجه ۱: استفاده بیش از آن منوط به ارائه گواهی پزشکی معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر می باشد.

توجه ۲: تهیه نوار تست قند خون (بسته ۵۰ تایی) با نسخه بیمار با رعایت تعداد موارد مصرف فوق الذکر بصورت ماهانه قابل پرداخت می باشد.

توجه ۳: پرداخت هزینه سرنگ انسولین و سرسوزن صرفاً برای بیماران دیابتی تیپ ۱ و به ازاء هر ویال یا قلم (pen) با تجویز پزشک معالج و حداکثر به تعداد ۳۰ عدد به صورت ماهانه قابل پرداخت می باشد.

۹-۳-۲-ج) مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های نوار تست قند خون و سرنگ انسولین :

۱- ارائه تصویر جوابیه آزمایش های قند خون شامل هموگلوبین A1c و ۲ مورد آزمایش با فاصله زمانی ۶ ماهه

۲- گواهی پزشک معالج مبنی بر تشخیص نوع بیماری با ذکر دیابت تیپ ۱ و ۲

۳- تشکیل کاردکس سوابق پزشکی توسط بیمه گر (تصویر جوابیه آزمایش های انجام شده مربوط به بیماری قند خون)

۴- ارائه فاکتور خرید از مراکز معتبر، ممهور به مهر مرکز مربوطه

۵- تائید پزشک معتمد بیمه گر و بیمه گذار

۱۰-۳-ج) کپسول اکسیژن - دستگاه CPAP - تشک موج

۱۰-۳-۱-ج) ضوابط و مدارک پرداخت کپسول اکسیژن - دستگاه CPAP - تشک موج :

هزینه کپسول اکسیژن، تشک موج و دستگاه CPAP صرفاً جهت بیمه شدگان دارای سابقه بستری و بیماری های تنفسی قابل رسیدگی و پرداخت می باشد.

۱۰-۳-۲-ج) مدارک لازم جهت پرداخت :

۱- ارائه اسناد و مدارک پزشکی مرتبط با بیماری و تشکیل سوابق پزشکی توسط بیمه گر

۲- ارائه دستور پزشک متخصص مبنی بر نیاز به استفاده از دستگاه در منزل

۳- تائید پزشک معتمد بیمه گر

توجه: هزینه شارژ کپسول اکسیژن ساز قابل پرداخت نمی باشد.

۱۱-۳-ج) سمعک

۱۱-۳-۱-ج) ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت سمعک :

هزینه سمعک با تجویز پزشک متخصص ENT (گوش، حلق و بینی)، در صورت خریداری از مراکز معتبر شنوایی سنجی و ممهور شده به مهر ادیولوژیست (یک یا دو گوش) به شرح ذیل قابل پرداخت می باشد.

توجه: هزینه تعمیر سمعک و قطعات مربوطه در قالب سقف سمعک قابل پرداخت می باشد.

مدارک لازم جهت پرداخت :

۱- ارائه دستور پزشک متخصص

۲- ارائه گزارش شنوایی سنجی (ادیومتری)

۳- ارائه فاکتور خرید از مراکز معتبر، ممهور به مهر و دارای شناسه ملی یا کد اقتصادی فروشنده (مرکز فروش)

۴- تصویر کارت گارانتی سمعک

۵- تائید پزشک معتمد بیمه گر

۱۲-۳-ج) عینک

ضوابط و مدارک لازم جهت پرداخت هزینه عینک :

- ۱- ارائه دستور پزشک متخصص، ممهور به مهر چشم پزشک و یا ارائه تجویز اپتومتریست به همراه برگه اپتومتری (تعیین نمره چشم) اپتومتریست
 - ۲- ارائه فاکتور معتبر خرید عینک (شیشه و فریم)، دارای سربرگ و آدرس و شماره تلفن، ممهور به مهر مرکز مربوطه
- توجه :** در صورت غیر متعارف بودن هزینه ها ، بیمه شده توسط اپتومتر معتمد بیمه گر دعوت به معاینه می گردد. (بصورت موردی)

۱۳-۳-ج) طب سوزنی

ضوابط پرداخت هزینه طب سوزنی :

هزینه های طب سوزنی به ازای هر جلسه حداکثر معادل ویزیت فوق تخصص در بخش خصوصی قابل پرداخت می باشد.

توجه : پرداخت هزینه های طب سوزنی صرفاً در مواردی که جنبه درمانی دارد و تعداد جلسات مورد نیاز جهت انجام آن ، پس از اخذ نظر پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری و تعداد جلسات مورد نیاز ، می بایست توسط پزشک معتمد بیمه گر و بیمه گذار تأیید گردد.

۱۴-۳-ج) برداشتن خال

ضوابط پرداخت هزینه برداشتن خال :

جهت پرداخت هزینه برداشتن خال ، ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر علت جراحی و در صورت لزوم قانونی ، ارائه نمونه به پاتولوژی و همچنین ارائه جوابیه آن برای هزینه های بیشتر از ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال الزامی می باشد.

۱۵-۳-ج) برداشتن زگیل

ضوابط پرداخت هزینه برداشتن زگیل :

جهت پرداخت هزینه برداشتن زگیل ، در صورتیکه تعداد زگیل و هزینه برداشتن آن متعارف باشد (حدود ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال) احتیاج به معاینه اولیه ندارد اما در صورت تکرار جلسات و نامتعارف بودن حق الزحمه پزشک معالج ، دعوت به معاینه بیمه شده قبل از انجام آن ضروری است.

۱۶-۳-ج) برداشتن ضایعات پوستی (skin tag)

ضوابط پرداخت هزینه برداشتن ضایعات پوستی :

برداشتن ضایعات پوستی (skin tag) ، جنبه درمانی نداشته و غیر قابل پرداخت می باشد ، مگر در موارد ضرورت و با تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد.

۱۷-۳-ج) انجام خدمات پزشکی در منزل

ضوابط پرداخت :

در صورت انجام هرگونه خدمات پزشکی مشمول قرارداد در منزل (مانند تزریق سرم ، ویزیت) ، مطابق تعرفه مندرج در کتاب ارزش نسبی ، ارائه دستور پزشک و قبض پرداختی ، ممهور به مهر مرکز درمانی معتبر و با توجه به اسناد ارائه شده مبنی بر وضعیت جسمانی بیمار و لزوم اخذ خدمات پزشکی در منزل قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۸-۳-ج) سایر شرایط و مقررات در بخش پاراکلینیکی

سایر شرایط و مقررات مندرج در بیمه نامه در بخش پاراکلینیکی قابل رسیدگی و پرداخت می باشد.

د) بخش دندانپزشکی

به منظور رفاه حال بیمه شدگان محترم، پیشنهاد می گردد متقاضیان استفاده از خدمات دندانپزشکی، ترجیحاً از مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد بیمه البرز (مطب ها و کلینیک های دندانپزشکی) استفاده نمایند؛ لکن چنانچه بیمه شده به هر دلیلی به مطب ها و مراکز غیر طرف قرارداد مراجعه نماید، پرداخت کلیه هزینه خدمات دندانپزشکی اعم از کشیدن، جرم گیری و برو ساژ، ترمیم و پر کردن، درمان ریشه، روکش، ارتودنسی، دندان مصنوعی جراحی لثه و ایمپلنت و سایر خدمات درمانی دندانپزشکی (باستثنای اعمال زیبایی) قابل بررسی و پرداخت خواهد بود.

۱- د) نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد:

در صورتیکه بیمه شده ای از مراکز غیر طرف قرارداد استفاده نماید، می بایست صورت هزینه های دندانپزشکی خود را در سربرگ دندانپزشک / کلینیک مربوطه به همراه کلیه مستندات از جمله کلیشه رادیوگرافی و ... به بیمه گر تحویل و در قبال آن، رسید اخذ نماید:

توجه ۱: هزینه خدمات دندانپزشکی که جنبه زیبایی داشته باشد (از قبیل لمینت، بلچینگ و سایر موارد مشابه) غیر قابل پرداخت می باشد.

توجه ۲: در صورتیکه ۷۰٪ تاج دندانهای قدامی از بین رفته باشد و یا اینکه عصب کشی شده باشند، پرداخت هزینه لمینت بلامانع می باشد.

۲- د) ضوابط پرداخت هزینه های دندانپزشکی غیر طرف قرارداد (آزاد):

۱- ۲- ۵) هزینه های دندانپزشکی مطابق تعرفه سندیکای بیمه گران و حداکثر تا سقف جداول تعهدات بیمه نامه محاسبه و پرداخت می گردد.

۲- ۲- ۵) در صورت انجام خدمات دندانپزشکی خاص و یا غیر متعارف، معاینه بیمار قبل و یا بعد از اقدامات دندانپزشکی (بصورت موردی) و با هماهنگی نماینده بیمه گذار، توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر ضروری می باشد.

۳- ۲- ۵) پرداخت هزینه دندان مصنوعی و نیز کرم کبالت و پلاک آکریلی که توسط دندان ساز تجربی انجام گرفته باشد حداکثر معادل ۵۰٪ هزینه های انجام شده قابل پرداخت خواهد بود.

۳- د) مدارک لازم جهت پرداخت انواع خدمات دندانپزشکی:

۱- ۳- ۵) ترمیم دندان (پر کردن)

جهت پرداخت هزینه ترمیم دندانها، چنانچه ۵ واحد و یا بیش از آن باشد، ارسال گرافی OPG قبل کار و گرافی پایان درمان الزامیست.

۲- ۳- ۵) درمان ریشه (عصب کشی)

با توجه به اینکه دندانپزشک معالج، جهت انجام درمان ریشه می بایست نسبت به تهیه رادیوگرافی پری اپیکال قبل و بعد از انجام کار اقدام نماید، لذا به منظور محاسبه تعداد کانال های درمان شده ریشه دندان، از سال رادیوگرافی های پری اپیکال قبل و بعد ضروریست؛ در غیر این صورت تعداد کانالهای درمان ریشه دندانها معادل یک کانال محاسبه و پرداخت می شود.

۳- ۳- ۵) درمان بیماریهای لثه و کشیدن دندان با روش جراحی

جهت پرداخت هزینه های درمان بیماریهای لثه و جراحی دندان نهفته ارائه گرافی OPG قبل درمان الزامیست.

۴- ۳- ۵) روکش دندان

جهت پرداخت هزینه روکش دندان ها، در موارد بیش از یک واحد، ارائه گرافی قبل و بعد از درمان الزامیست.

۵-۳-۵) درمان ارتودنسی

پرداخت هزینه های ارتودنسی مشروط به خاتمه انجام کار یا بخشی از درمان در طول مدت اعتبار بیمه نامه جاری می باشد.

۵-۳-۵-۱) ضوابط پرداخت هزینه های درمان ارتودنسی :

- ۱- ارائه فاکتور بابت مبلغ کل هزینه درمان ارتودنسی دریافت شده توسط پزشک معالج
- ۲- قید اقساط پرداختی در نسخه (گواهی اقساط پرداختی به پزشک)
- ۳- مشخص بودن مدت زمان انجام درمان ارتودنسی در نسخه (شروع و پایان)
- ۴- ارائه گرافی لترال سفالومتری + فتوگرافی اولیه
- ۵- ارائه گرافی OPG همراه با براکت یا ارسال پرینت عکس دندانها با براکت (عکس گرفته شده توسط خود بیمار) الزامیست .
(منظور از دندان براکت شده ، دندان سیم کشی شده است)

توجه : حداکثر زمان شروع درمان ارتودنسی، حداکثر ۲ سال (۲ بیمه نامه) قبل از بیمه نامه جاری مورد قبول می باشد.

۵-۳-۵-۲) نحوه پرداخت هزینه درمان ارتودنسی

هزینه های ارتودنسی (در حد متعارف) و متناسب با شروع درمان و به میزان ۱/۳ (یک سوم) از کل هزینه ارتودنسی در همان سال ، در بیمه نامه جاری قابل پرداخت می باشد.

توجه : هزینه پلاک متحرک و یا براکت شکسته شده غیر قابل پرداخت می باشد.

۶-۳-۵) درمان ایمپلنت

۶-۳-۵-۱) ضوابط پرداخت هزینه های درمان ایمپلنت :

جهت پرداخت هزینه درمان ایمپلنت ، ارائه اسکن C.B.C.T یا O.P.G قبل از شروع کار و رادیوگرافی پری اپیکال بعد از انجام کار الزامی می باشد. لازم به ذکر است ،

توجه : جهت پرداخت هزینه ایمپلنت ، الزاماً هر مرحله از انجام درمان و رادیوگرافی های مربوطه می بایست در مدت زمان اعتبار بیمه نامه باشد .

۶-۳-۵-۲) نحوه پرداخت هزینه درمان ایمپلنت

هزینه های ایمپلنت پس از تایید اولیه و تایید نهایی با توجه به مستندات مربوطه ، طی دو نوبت به شرح ذیل پرداخت می گردد :

۱- نوبت اول : پس از جراحی و گذاشتن فیکسچر

۲- نوبت دوم : پس از گذاشتن تاج

توجه : تفکیک هزینه جراحی ، کارگزاری فیکسچر و گذاشتن تاج بصورت مجزا توسط دندانپزشک معالج ضروری می باشد .

۷-۳-۵) دندان مصنوعی

پرداخت هزینه دندان مصنوعی و نیز پلاک کروم کبالت و همچنین پلاک آکریلی پس از تایید دندانپزشک معتمد صورت می گیرد .

توجه : پرداخت هزینه دندان مصنوعی و نیز کرم کبالت و پلاک آکریلی که توسط دندان ساز تجربی انجام گرفته باشد حداکثر معادل ۵۰٪ هزینه های انجام شده قابل پرداخت خواهد بود.

۸-۳-۵) دندان پزشکی مربوط به بخش اطفال

۸-۳-۵-۱) پلاک فضا نگهدارنده ثابت یا متحرک :

جهت پرداخت هزینه پلاک فضا نگهدارنده ثابت یا متحرک ، ارائه پرینت عکس گرفته شده توسط خود بیمار از پلاک ضروریست .

۸-۳-۵-۲) درمان روکش (s.s.crown) :

جهت پرداخت هزینه درمان روکش در مواردی که بیش از ۴ واحد باشد ، ارائه پرینت عکس دندانهای روکش شده ، توسط خود بیمار ضروریست .

۴-د) دندانپزشکی تحت بیهوشی

در صورت انجام خدمات دندانپزشکی هریک از بیمه شدگان تحت بیهوشی، کلیه هزینه های صورتحساب (شامل: حق الزحمه پزشک بیهوشی، جراح، اتاق عمل، دارو، وسایل مصرفی، تخت و ...) بصورت گلوبال (یکجا) از سقف تعهدات دندانپزشکی قابل پرداخت می باشد.

هزینه بیهوشی صرفاً برای گروه های ذیل قابل بررسی می باشد:

- ۱- کلیه معلولین ذهنی و جسمی
 - ۲- در موارد phobia (ترس ذهنی)
 - ۳- بیماران غیر همکار صرفاً برای سنین کمتر از ۷ سال (منظور از بیماران غیر همکار، بیمارانی می باشند که با دندانپزشک همکاری نمی نمایند).
- توجه:** منظور از خدمات بیهوشی در حین دندانپزشکی صرفاً آن دسته از خدمات است که شرایط استاندارد اتاق عمل مجهز به تجهیزات بیهوشی و حضور متخصص بیهوشی و ارائه برگه استاندارد بیهوشی باشد.

۵-د) استثنائات در ارائه رادیوگرافی دندان

ارائه رادیوگرافی دندان توسط بیمه شدگان در موارد ذیل الزامی نمی باشد:

- ۱-۵-۵) بیماران عقب مانده ذهنی و جسمی (اعم از خردسال و بزرگسال) :
در صورت انجام خدمات دندانپزشکی جهت بیماران عقب مانده ذهنی و جسمی (اعم از خردسال و بزرگسال) ارائه رادیوگرافی قبل یا معاینه بیمار ضروری نمی باشد و صرفاً ارائه تصویر کارت بهیستی یا کارت شناسائی بیمه شده به همراه هزینه انجام شده کفایت می نماید .
- ۲-۵-۵) کلیه بیمارانی که به هر دلیلی منع انجام رادیوگرافی دارند:
ارائه رادیوگرافی جهت کلیه بیمارانی که به هر دلیلی منع انجام رادیوگرافی دارند مانند خانمهای باردار با ارائه مدارک مثبت (آزمایش HCG - B و یا سونوگرافی) و نیز کودکان زیر ۱۲ سال الزامی نمی باشد.
- ۳-۵-۵) در صورت وجود سیستم رادیوگرافی R.V.G در مراکز درمانی دندانپزشکی:
در صورت وجود سیستم رادیوگرافی R.V.G در مراکز درمانی دندانپزشکی مورد مراجعه بیمه شدگان، ارائه پرینت یا سی دی آن مورد قبول می باشد

۶-د) تعریف انواع گرافی در دندانپزشکی

- **OPG:** نامهای دیگر این تکنیک پانورکس و پانورامیک می باشد. در این تکنیک فکهای بالا و پایین (مگزیلا و ماندیبول) به همراه همه دندانها رویت میگردند. در گرافی OPG وضعیت استخوان و دندانها و نهفتگی ها خصوصاً دندانهای عقل و کیست ها و تومورها قابل مشاهده می باشد .
به عبارتی نوعی روش عکسبرداری (کلیشه بزرگ) از دندانها می باشد که یک نمای کلی از موقعیت تمام دندانها و استخوان های فک بالا و پائین را نمایش می دهد .
- **پری اپیکال (P.A):** معمولترین نوع رادیو گرافی مورد استفاده دندانپزشکان می باشد که چند دندان را پوشش می دهد. این گرافی برای تشخیص ناهنجاریهای تک دندان یا ناحیه کوچکی از دهان (شامل چند دندان) تجویز می گردد. گرافیهای رایج در دندانپزشکی گرافیهای پری اپیکال میباشد و معمولاً یک گرافی برای مشاهده وضعیت دندانی خاص کافی میباشد. در معالجه ریشه دندان (روت کانال تراپی) ۲ یا ۳ گرافی پری اپیکال، قبل، ضمن و بعد از عمل تهیه می گردد.
- بنابراین P.A نوعی روش عکسبرداری (کلیشه کوچک تک دندانی) که جهت بررسی طول ریشه و ضایعات و ... یک یا دو دندان تهیه می گردد.
- **اسکن CBCT:** نوعی تصویر برداری (اسکن) ۳ بعدی است که جهت جایگذاری ایمپلنت های دندانی، مشخص شدن کیفیت و کمیت استخوان و بالا بردن سینوس و تومورهای فکی استفاده می شود.

• **سفالومتری**: سفالومتر نوعی دستگاه است که سر را با ابزاری نگه می دارد و از آن با اشعه ایکس تصویربرداری می کند. و در درمانهای ارتودنسی برای تشخیص ناهنجاریهای دندانی بکار می رود. سفالومتری در دو وضعیت رخ و نیم رخ انجام می شود، نوعی روش عکسبرداری است که به منظور اندازه گیری جمجمه، فک، دندان و صورت انجام می شود. به عکس حاصل از این روش سفالوگرام گفته می شود. سفالوگرام، گرافی است که دندانپزشکان، جراحان دهان فک و صورت از آن به عنوان نقشه درمان استفاده می کنند.

سفالوگرام ارتباط بین نسج نرم و استخوان ها را نشان می دهد و به تشخیص اختلالات رشد قبل از درمان و حین درمان جهت ارزیابی پیشرفت کمک می کند.

• **فتوگرافی**: یکی از اعمال انجام ارتودنسی گرفتن فتوگرافی (عکس پرسنلی) از بیمار در حالت‌های مختلف است که هزینه آن در تعهد نمی باشد نوعی عکسبرداری است که توسط دوربین داخل دهانی در مطب و یا توسط دوربین معمولی (توسط خود بیمه شده) انجام می گردد. در پرینت گرافی ارسالی، رویت تصویر کامل صورت بیمار به همراه تصویری واضح از خدمت یا خدمات انجام شده حسب درخواست بیمه گر الزامی است.

مشاهده اطلاعات درمانی و استعلام میزان خسارت بیمه شدگان

بیمه شدگان می توانند از طریق مراجعه به **سایت شرکت بیمه البرز به آدرس www.alborzins.com** بخش خدمات

الکترونیک، کلیه هزینه های درمانی خود را با وارد نمودن کد ملی / کد بیمه شده ملاحظه نمایند.

و) مقررات آیین نامه ای

۱- و) اصل حسن نیت

به استناد ماده ۴ شرایط عمومی بیمه نامه ، چنانچه معلوم شود هریک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است.

۲- و) به استناد ماده ۱۲ شرایط عمومی بیمه نامه ، هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است، در این حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر نیز مسترد نخواهد شد.

۳- و) ماده ۱۰ مناقصه محدود شماره ۰۵۷-۰۰۹۹-۰۸۴-۰۰۲ :

مبنای محاسبه هزینه ها در بخش های درمانی (دولتی و خصوصی) بر اساس تعرفه های دولتی و خصوصی اعلامی از وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.

توجه : سایر موارد مطابق شرایط و مقررات بیمه نامه می باشد.

(هزینه های بستری)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) :		شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :	
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>		شماره تلفن همراه :	
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /

فرم ارسال هزینه های درمانی پرسنل شرکت ملی نفت ایران

(هزینه های بستری)



نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) :		شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :	
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>		شماره تلفن همراه :	
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /

(هزینه های پاراکلینیکی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) :		شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :	
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>		شماره تلفن همراه :	
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /



(هزینه های پاراکلینیکی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) :		شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :	
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>		شماره تلفن همراه :	
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /

فرم ارسال هزینه های درمانی پرسنل شرکت ملی نفت ایران
(هزینه های دندان پزشکی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) : شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :			
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>			
شماره تلفن همراه :					
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /



فرم ارسال هزینه های درمانی پرسنل شرکت ملی نفت ایران
(هزینه های دندان پزشکی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) : شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :			
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>			
شماره تلفن همراه :					
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /

(هزینه های بستری)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) :		شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :	
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>		شماره تلفن همراه :	
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) :		شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :	
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>		شماره تلفن همراه :	
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /

(هزینه های پاراکلینیکی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) :		شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :	
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>		شماره تلفن همراه :	
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /



(هزینه های پاراکلینیکی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) :		شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :	
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>		شماره تلفن همراه :	
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /

فرم ارسال هزینه های درمانی پرسنل شرکت ملی گاز ایران
(هزینه های دندان پزشکی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) : شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :			
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>			
شماره تلفن همراه :					
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /



فرم ارسال هزینه های درمانی پرسنل شرکت ملی گاز ایران
(هزینه های دندان پزشکی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) : شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :			
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>			
شماره تلفن همراه :					
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /

(هزینه های بستری)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) :		شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :	
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>		شماره تلفن همراه :	
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /

فرم ارسال هزینه های درمانی پرسنل شرکت ملی صنایع پتروشیمی ایران

(هزینه های بستری)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) :		شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :	
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>		شماره تلفن همراه :	
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /

فرم ارسال هزینه های درمانی پرسنل شرکت ملی صنایع پتروشیمی ایران
(هزینه های پاراکلینیکی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) : شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :	
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>	
شماره تلفن همراه :		شماره پرسنلی:	

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /



فرم ارسال هزینه های درمانی پرسنل شرکت ملی صنایع پتروشیمی ایران
(هزینه های پاراکلینیکی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) : شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :	
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>	
شماره تلفن همراه :		شماره پرسنلی:	

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /

فرم ارسال هزینه های درمانی پرسنل شرکت ملی صنایع پتروشیمی ایران
(هزینه های دندان پزشکی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) : شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :	
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>	
شماره تلفن همراه :			

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /

فرم ارسال هزینه های درمانی پرسنل شرکت ملی صنایع پتروشیمی ایران
(هزینه های دندان پزشکی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) : شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :	
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>	
شماره تلفن همراه :			

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /

(هزینه های بستری)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) : شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :	
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>	
شماره تلفن همراه :		شماره پرسنلی:	

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /

فرم ارسال هزینه های درمانی پرسنل شرکت ملی پالایش و پخش فرآورده های نفتی ایران

(هزینه های بستری)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) : شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :	
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>	
شماره تلفن همراه :		شماره پرسنلی:	

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /

(هزینه های پاراکلینیکی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) :		شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :	
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>		شماره تلفن همراه :	
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /



نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) :		شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :	
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>		شماره تلفن همراه :	
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /

فرم ارسال هزینه های درمانی پرسنل شرکت ملی پالایش و پخش فرآورده های نفتی ایران
(هزینه های دندان پزشکی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) : شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :			
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>			
شماره تلفن همراه :					
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /

فرم ارسال هزینه های درمانی پرسنل شرکت ملی پالایش و پخش فرآورده های نفتی ایران
(هزینه های دندان پزشکی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی (سرپرست) : شماره پرسنلی:		کد ملی بیمه شده اصلی :			
پرسنل قراردادی: <input type="checkbox"/>		پرسنل پیمانکاری شرکت: <input type="checkbox"/>			
شماره تلفن همراه :					
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ - ریال
۱				/ /	
۲				/ /	
۳				/ /	
۴				/ /	
۵				/ /	
۶				/ /	
۷				/ /	
۸				/ /	
۹				/ /	
۱۰				/ /	

نام ، امضاء تحویل دهنده مدارک:
تاریخ : / /

نام ، امضاء و مهر کارشناس شرکت بیمه البرز:
تاریخ : / /