

راهنمای استفاده از خدمات بیمه درمان تکمیلی بیمه "ما"

مقدمه:

این راهنما جهت آگاهی و استفاده هرچه بهتر بیمه شدگان حوزه درمان تهیه گردیده است. لذا توجه به نکات ذکر شده میتواند از اتلاف زمان و هزینه، پیشگیری نموده و موجب انجام صحیح و به موقع خدمات بیمه ای گردد.

شرح تعهدات قرارداد:

تعهدات قرارداد بیمه درمان تکمیلی پرسنل محترم شرکتهای عضو "سازمان نظام صنفی رایانه ای تهران" در سال ۱۴۰۳ شامل موارد زیر می باشد.

مدارک مورد نیاز جهت دریافت خسارت	فرانشیز	سقف تعهدات طرح ۲ (ریال)	سقف تعهدات طرح ۱ (ریال)	شرح تعهدات
۱. اصل برگه صورتحساب مهر شده ۲. ریز موارد موجود در صورتحساب ۳. پرونده کامل درمانی به همراه شرح حال و خلاصه پرونده	۱۰٪	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جراحی عمومی و بستری: هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود
		۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جراحی تخصصی: هزینه شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب هزینه های جراحی عمومی و بستری)
	۱۰٪	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	زایمان (طبیعی / سزارین)
۱. اصل قبض پرداختی مهر شده ۲. اصل دستور پزشک مهر شده یا کپی جواب موارد فیزیوتراپی نیاز به دستور پزشک متخصص مرتبط دارند. همچنین نیاز است در صورتحساب تعداد جلسات، نوع خدمات و تعداد اندام ذکر گردد. در خصوص آزمایش کووید ۱۹: ۱- اصل قبض پرداختی مهر شده ۲- دستور پزشک ۳- برگ جواب با قید نام پزشک	۳۰٪	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	پارکلینیکی گروه ۱: انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری.
				پارکلینیکی گروه ۲: انواع آندوسکوپی، ERCP، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل نوار قلب، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز بیس میکر، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی (مانند اسپرومتری و...)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG, NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG) و خدمات تشخیصی یورو دینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) آزمایش: خدمات آزمایشگاهی شامل پاتولوژی، تست های آلرژیک، ژنتیک پزشکی غربالگری: هزینه غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایش های ژنتیک جنین توانبخشی: فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST) و کاردرمانی (OT) اعمال مجاز سرپایی: شکستگی، دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی
اصل برگ رسید پرداختی مهر شده و در خصوص موارد کشیدن و درمان ریشه، عکس قبل و بعد نیاز است.	۳۰٪	۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	دندانپزشکی: هزینه های دندانپزشکی شامل کشیدن، ترمیم، درمان ریشه، جرم گیری و بروساژ، روکش و جراحی لثه (به استثنا اعمال زیبایی، ایمپلنت، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی)
اصل قبض ویزیت پرداختی مهر شده در خصوص دارو: اصل دستور پزشک با مهر پزشک و مهر داروخانه الزامی است و باید سهم بیمار و سهم سازمان توسط داروخانه تفکیک شود.	۳۰٪	۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	ویزیت و دارو و اورژانس: هزینه های ویزیت، دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور و صرفاً مزاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری. ** توجه: داروهای آزاد و داروهای مکمل و تقویتی تحت پوشش نمیباشد.
۱. صورتحساب پرداختی مهر شده ۲. اصل دستور پزشک مهر شده ۳. برگ اپتومتری قبل از عمل	۱۰٪	۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	رفع عیوب انکساری چشم: هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری در مواردی که درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد
در صورت بستری شدن قابل پرداخت می باشد.	۱۰٪	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	آمبولانس داخل شهری
	۱۰٪	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	آمبولانس بین شهری

مراکز درمانی طرف قرارداد:

آخرین لیست مراکز درمانی (بیمارستانها، مراکز تصویر برداری، آزمایشگاهها و ...) در سایت bimehma.com ← بخش امور مشتریان ← مراکز درمانی، قابل مشاهده می باشد. *** استفاده از خدمات این مراکز به بیمه شدگان محترم توصیه میگردد *** اغلب موارد دارای خدمات معرفی نامه آنلاین میباشند. تذکر: در مراکز آنلاین فرایند صدور معرفی نامه با ارائه دستور پزشک و کارت ملی انجام میگردد و بلافاصله خدمات درمانی به بیمه شده ارائه میشود.

معرفی نامه چایی:

معرفی نامه چایی برای مراکز درمانی غیر آنلاین کاربرد دارد. با استفاده از این معرفی نامه می توانید به مراکز درمانی طرف قرارداد مراجعه و بدون پرداخت هزینه (در چارچوب قرارداد بیمه) از خدمات درمانی استفاده نمایید.

جهت دریافت معرفی نامه می توانید به هر یک از شعب بیمه ما مراجعه و با ارائه مدارک زیر، معرفی نامه را همان لحظه دریافت نمایید.

- دستور پزشک مهر شده شامل: الف) نام بیمار و مرکز درمانی ب) خدمت مورد نظر مانند جراحی، بستری و .. ج) تاریخ انجام خدمت
- کارت ملی بیمه شده

همچنین میتوانید اسکن مدارک فوق را از طریق ایمیل به آدرس bimehma.nasr@gmail.com ارسال نمایید. معرفی نامه درخواستی با توجه به مدارک ارسالی با اعتبار ۱۰ روزه صادر و از طریق پیک برای بیمه شده ارسال میگردد.

تذکر ۱: در صورت استفاده از معرفی نامه، پرداخت مبلغ فرانشیز یا موارد خارج از پوشش قرارداد بر عهده بیمار میباشد.

تذکر ۲: معرفی نامه جهت موارد پاراکلینیکی گروه ۲، اعمال مجاز سرپایی، عینک، ویزیت و دارو صادر نمی گردد.

تذکر ۳: توجه داشته باشید که معرفی نامه یک سند مالی بوده که المثنی صادر نمیگردد و به اندازه اعتبار آن از سقف پوشش شما کاسته خواهد شد. لذا چنانکه به هر دلیل از معرفی نامه استفاده نکردید، حتماً آنرا جهت ابطال، عودت نمائید.

دریافت خسارت:

در صورتی که بدون معرفی نامه به هریک از مراکز درمانی در سراسر ایران (اعم از تحت پوشش یا غیر تحت پوشش بیمه ما) مراجعه نموده و بابت انجام خدمات درمانی، هزینه ای پرداخت نموده اید می توانید با تحویل مدارک مطابق جدول صفحه اول، هزینه پرداخت شده را در چارچوب تعهدات قراردادی از شرکت بیمه دریافت نمائید. جهت تحویل مدارک خسارت درمان می توانید به یکی از روشهای زیر اقدام نمایید:

- مدارک خود را از طریق شرکت متبوع خود برای دبیرخانه سازمان نظام صنفی رایانه ای تهران ارسال نمایید. این مدارک روزهای یکشنبه هر هفته از دبیرخانه سازمان جمع آوری میگردد.
- مدارک را به هر یک از شعب بیمه ما در سطح تهران با نشانی های زیر تحویل فرمایید.
شعبه شمال تهران: میدان شیخ بهایی، میدان شهدای ده ونک پلاک ۱۵ تلفن: ۸۸۲۱۸۲۷۶
شعبه غرب تهران: فلکه دوم صادقیه، خ آیت الله کاشانی، نرسیده به پمپ بنزین، پلاک ۲۵ تلفن: ۴۴۹۶۱۱۷۳-۵
شعبه شرق تهران: تهرانپارس، اتوبان باقری شمال، ابتدای خ گلبرگ شرقی، پلاک ۱۹۲ تلفن: ۷۶۷۰۱۷۳۵
شعبه جنوب تهران: شهرری، ۲۴ متری رازی (بیات) پلاک ۸۴ تلفن: ۵۵۹۱۷۷۴۹

تذکر ۱: در صورتی که هزینه های پرداختی بیمه شده از تعرفه مصوب وزارت بهداشت و درمان بیشتر باشد، ملاک پرداخت خسارت، مبلغ تعرفه مصوب خواهد بود. تذکر ۲: ممکن است در موارد خاصی جهت بررسی بیشتر پرونده، مدارک دیگری از بیمار درخواست گردد.

تذکر ۳: اگر جهت دریافت خدمات بیمارستانی بدون معرفی نامه مراجعه نموده و کل هزینه را شخصاً پرداخت نموده اید، ابتدا مدارک مربوطه را جهت دریافت سهم بیمه گر اول، به همان سازمان (بیمه تامین اجتماعی، خدمات درمانی یا سایر شرکت های بیمه پایه) ارائه نمایید و بعد از آن کپی برابر اصل کلیه مدارک را به همراه نامه یا فیش واریزی آن سازمان، جهت پرداخت سهم بیمه تکمیلی به شرکت بیمه ما به هر یک از روشهای فوق تحویل دهید.

دریافت گزارش خسارت درمان:

شما می توانید از طریق وبسایت بیمه ما به نشانی bimehma.com ← خدمات الکترونیک ← استعلام خسارت پرداختی ← خسارت پرداخت شده درمان ← وارد کردن کد ملی و تاریخ، گزارش مربوط به خسارت درمانی خود و افراد تحت تکفل خود را مشاهده نمایید.

شماره تماس جهت ارسال پیام و مستندات: ۰۹۲۰۱۰۰۰۲۶۰

شماره تماس بخش پشتیبانی درمان: ۲۲۸۴۱۳۸۴ داخلی ۱۰۶ و ۱۰۳

با آرزوی سلامتی برای همه شما عزیزان - نمایندگی کد ۲۳۲۳ بیمه ما