

پیوست یک : فهرست اعمال غیر مجاز در مطب

۱	القای بیهوشی عمومی یا بیحسی نخاعی (به استثناء آرام بخشی تزریقی در موارد مجاز مندرج در شناسنامه و استاندارد ارائه خدمت مورد تایید وزارت بهداشت)
۲	انجام الکتروشوک درمانی (ECT)
۳	اعمالی که برای اجرای آن بازکردن حفره شکمی و صفاق الزامی باشد (من جمله انواع فتق ها)
۴	هر عملی که برای انجام آن نیاز به بریدن یا ترمیم فاسیای شکم یا لگن باشد.
۵	هرگونه اعمال جراحی باز روی استخوانهای بدن به جز "دبریدمان استخوان" و "خارج کردن پین" و "خارج کردن اکسترنال فیکساتور" و جراحی های مجاز بر روی استخوان فکین از طریق برشهای مخاطی"
۶	جراحیهای ترمیم عروق بزرگ، جراحی های ترمیم اعصاب بزرگ، جراحی های ترمیم کلیه تاندونها (به جز تاندونهای اکستانسور پشت دست Hand و روی پا Foot)
۷	جراحی سندرم تونل کارپال
۸	وارد کردن و خارج کردن هر نوع پروتز(منجمله پروتز سینه)در هر جای بدن
۹	تخلیه بافت چربی زیر جلدی در هر نقطه ای از بدن و با هر تجهیزات اعم از ساکشن، لیزر، ویزر، اولتراسوند و PAL به جز برداشتن چربی در حجم زیر ۱۰۰ سی سی توسط سرنگ جهت استفاده به عنوان فیلر
۱۰	ابدومینوپلاستی ، براکیوپلاستی ، ماموپلاستی
۱۱	تزریق چربی به هر شکلی در ناحیه سרینی و سینه
۱۲	اعمال جراحی عیوب انکساری با هر روشی منجمله لیزر
۱۳	اعمال جراحی بر روی کره چشم منجمله کراس لینک (به استثنای تزریق هوا در اطاق قدامی، تپ اطاق قدامی، برداشتن اجسام خارجی سطحی و ناخنک)
۱۴	اعمال جراحی روی پلک که نیازمند برش و دسترسی از طریق ملتحمه باشد (به استثناء شالازیون)
۱۵	هر عملی در ناحیه گردن که برای انجام آن نفوذ به زیر پلاتیسم لازم باشد .
۱۶	بیوپسی ترنس رکتال پروستات، کلیه، انساج داخل تراشه، برونش ها، روده ها، مثانه، کبد، و طحال
۱۷	اعمال جراحی وسیع گوش خارجی شامل لاله و کانال گوش میانی و گوش داخلی
۱۸	تزریق هر گونه فرآورده خونی تهیه شده در بانک خون
۱۹	جراحی پرینورافی
۲۰	ترمیم جراحی رکتوسل و سیستوسل
۲۱	هر نوع زایمان
۲۲	هر نوع سقط جنین
۲۳	اعمال جراحی که مستلزم باز کردن قفسه صدری است .
۲۴	برونکوسکوپي ، لارنگوسکوپي مستقیم ،لاپاراسکوپي و هیستروسکوپي (به استثناء OFFICE HYSTEROSCOPY)
۲۵	کلیه اعمال جراحی روی استخوان های فک و صورت که نیازمند انسزیون های پوستی باشد .
۲۶	اعمال جراحی روی غدد بزاقی که نیازمند انسزیون های پوستی است .
۲۷	جراحی روی سپتوم بینی و توربینیت ها

هر نوع رینوپلاستی یا سیتوپلاستی به جزء اصلاحات جزئی پس از جراحی اصلی صرفاً بر روی بافت نرم Alae NASi	۲۸
اعمال جراحی روی سینوسهای پارانازال که نیاز به دسترسی از طریق پوست یا بینی یا انسزیون های خارج دهانی دارد .	۲۹
ترمیم اولیه شکاف لب و کام	۳۰
اعمال جراحی رزکسیون فکی که یکپارچگی فک را از بین می برد .	۳۱
رزکسیون و بیوپسی ضایعات عروقی	۳۲
هر نوع رزکسیون زبان	۳۳
فلپ های پوستی بیش از ۵x۵ سانتی متر و کلیه فلیپهای عضلانی ناحیه صورت	۳۴
برداشت ضایعات خطی و اسکار و جراحی های سطحی ناحیه صورت که نیازمند برش بیشتر از ۵ سانتی متر باشد .	۳۵
جراحی های شکستگی فکین و صورت که جهت جا اندازی یا فیکساسیون نیازمند دسترسی باز باشد .	۳۶
اعمال جراحی و تخریب ضایعات وسیع که باعث درگیری اندام های مجاور دهان می شود و درمان آن نیاز به جراحی ترکیبی در فضاهاى مجاور دارد .	۳۷
اعمال جراحی بازسازی استخوان های فک و صورت که نیازمند تهیه گرافت از منابع خارج دهانی است .	۳۸
انواع استئوتومی لفورت اعم از توتال یا سگمنتال که Base فک بالا را در بر می گیرد .	۳۹
انواع استئوتومی های فک تحتانی جهت اعمال ارتوگناتیک	۴۰
اعمال جراحی های ناحیه TMJ و کندیل که نیازمند دسترسی باز داخل یا خارج دهانی باشد اعم از آرتروپلاستی باز، کندیلکتومی	۴۱
انجام جراحی در ناحیه پوست صورت که نیازمند برش فاسیای سطحی (SMAS) باشد .	۴۲
انجام لیفت ابرو به روش غیرمستقیم که نیازمند Dissection باشد .	۴۳
ترمیم پارگی و laceration های صورت که نیاز به بررسی عملکرد مجاری غدد بزاقی یا ترمیم اعصاب یا عروق دارد .	۴۴
نصب دیستراکتور خارج دهانی	۴۵
برداشت اتوگرافت از منابع داخل دهانی به میزان حجم بالای ۳ میلی لیتر	۴۶

پیوست ۲

مستندات و مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفینامه و دریافت خسارتهای مستقیم (متفرقه) حسب تعهدات بخش خصوصی قرارداد

مقدمه: چنانچه خدمتی در بخش خصوصی بیمه نامه و یا الحاقیه توافق نگردیده باشد، مدارک و مستندات مورد نیاز اعلامی در بند ۱ تا ۱۲ به شرح ذیل تعهدی را جهت ارائه خدمات متوجه بیمه گر نخواهد نمود.

۱- مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفینامه بصورت آنلاین:

فرایند کاری این سامانه به گونه ای برنامه ریزی شده که بیمه شده می تواند در تمام ساعات شبانه روز و ایام هفته در سراسر کشور، کلیه مراحل اجرائی از تایید برگه ی بستری، احراز هویت تا صدور معرفینامه را به صورت آنلاین و فقط ظرف چند دقیقه با ارائه کارت ملی و گواهی پزشک انجام داده و دیگر نیازی به مراجعه حضوری بیمه شده به شرکت بیمه گر نمی باشد.

۲- مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفینامه بصورت مراجعه به شعب بیمه دانا:

- کارت ملی

- گواهی پزشک معالج مبنی بر ذکر نوع بیماری و تشخیص اولیه، نام مرکز پزشکی مورد نظر و تاریخ دقیق بستری.

- اصل شناسنامه فرزندان اناث بالای ۱۷ سال (کنترل عدم تاهل)

۳- بیمه شدگان قبل از بستری و انجام اعمال ذیل می بایست توسط پزشک معتمد شرکت بیمه گر معاینه گردند در غیر اینصورت بیمه گر تعهدی در جهت جبران خدمات ذیل نخواهد داشت.

۳-۱- جراحی های انحراف بینی (سپتوپلاستی)

۲-۳- رفع عیوب انکساری چشم مانند لازک ، لیزیک و PRK و ...

۳-۳- ماموپلاستی کاهنده

۴-۳- کلیه اعمال جراحی که جهت کاهش وزن مانند اسلیو و بای پس انجام می گردد.

۵-۳- بلفاروپلاستی یا افتادگی پلک

۶-۳- استرایپسم (انحراف چشم)

۷-۳- فتق (هرنی) شکمی

۸-۳- ارتودنسی

۹-۳- ژنیکوماستی

(۴) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت صورتحساب بیمارستانی :

۱-۴ اصل یا تصویر (با رعایت تبصره ۱ ذیل بند 10-4) صورتحسابهای بیمارستانی ممهور به مهر بیمارستان که در آن هزینه تخت روز(هتلینگ)، اتاق عمل ، همراه ، دارو، آزمایش ،لوازم مصرفی ،و تشکیل پرونده درج گردیده است.

۲-۴ اصل یا تصویر صورتحساب پزشکان ممهور به مهر بیمارستان که در آن حق العمل جراح ،کمک جراح ، بیهوشی، مشاوره و ویزیت درج گردیده است.

۳-۴ اصل یا تصویر گواهی پزشک معالج (در خصوص موارد جراحی الزاماً شرح عمل جراحی).

۴-۴ اصل یا تصویر گواهی سایر پزشکان معالج و مشاور.

۵-۴ اصل یا تصویر گواهی بیهوشی یا برگه بیهوشی اتاق عمل.

۶-۴ اصل یا تصویر ریز یا قبوض آزمایشات ، رادیولوژی و

۷-۴ اصل یا تصویر نسخ داروئی ، ریز لوازم مصرفی ، فاکتور پروتزها (ممهور به مهر جراح ، اتاق عمل مبنی بر استفاده پروتز)

۸-۴ اصل یا تصویر برگه سیر بیماری و یا order دارویی جهت تعیین دقیق تعداد ویزیت.

۹-۴ در صورت انجام رادیوتراپی اصل یا تصویر صورتحساب مرکز ممهور به مهر پزشک معالج و به همراه کارت درمان که شامل تعداد جلسات انجام رادیوتراپی، تعداد فیلهای درمانی و نوع فیلهها .

➤ تبصره ۱: تصاویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده در بند ۲-۴ الی ۱۰-۴ قسمت الف صرفاً در موارد دریافت سهم سایر سازمانها از جمله تصویر چک برابر اصل شده یا فیش واریزی آن سازمان معتبر می باشد . در غیر این صورت باید اصل مدارک دریافت گردد. (در خصوص ریز دارو ، آزمایش، گزارشها و دریافت تصویر بلامانع است).

➤ تبصره ۲: اصل صورتحسابها یا تصاویر آن می بایست بدون خدشه (لاک گرفتگی ، خط خوردگی و ...) باشد و در صورت وجود اینگونه موارد می بایست توسط حسابداری بیمارستان یا مراکز انجام دهنده خدمات تصحیح و ممهور به مهر و امضا گردد .

۱۰-۴ ارائه گزارش ادیومتری بابت جراحی تمپانوماستوئیدکتومی با بازسازی زنجیره استخوانی گوش میانی

۱۱-۴ ارائه گزارش CT SCAN بابت آندوسکوپی سینوسهای پارانازال .

۵) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه پاراکلینیکی و سرپائی :

۵-۱- اصل قبض پرداختی

۵-۲- تصویر گزارش (Report) خدمات پاراکلینیکی و برگه درخواست پزشک معالج ممهور به مهر نظام پزشکی . (در صورت عدم استفاده از سامانه نسخ الکترونیک)

➤ تبصره ۱: در خصوص هزینه های دارای کلیشه (مانند: سی تی اسکن، ام آر آی و... رویت کلیشه و درج آن در قبض پرداختی توسط پزشک معتمد شعبه کفایت می کند).

تبصره : در صورتیکه که بیمار از مراکز طرف قرارداد بیمه پایه استفاده نموده و سهم بیمه پایه نیز از کل صورتحساب کسر گردیده باشد مدارک درمانی پس از کسر هزینه های خارج از تعهد بدون کسر فرانشیز قابل بررسی و پرداخت می باشد .

۶) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه عینک (در صورت تعهد در بخش خصوصی بیمه نامه و یا الحاقیه)

۱-۶- اصل فاکتور معتبر عینک فروشی

۲-۶- نسخه عینک که حاوی نمره و شماره چشم و ممهور به مهر متخصص چشم پزشک یا اپتومتریست باشد .

۳-۶- در موارد خاص حسب ضرورت معاینه بیمه شدگان در محل شعبه ارائه دهنده خدمات با هماهنگی بیمه گزار.

۴-۶- رسید دستگاه pos از مرکز فروش عینک

تبصره: پرینت تعیین نمره چشم بیمار توسط پزشک و اپتومتریست با قید مشخصات بیمار (تاریخ ، نام بیمار و مهر پزشک)
مورد تأیید قرار گیرد.

(۷) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه دندانپزشکی :

۷-۱- اصل نسخه دندانپزشک ممهور به مهر دندانپزشک و خدمات انجام شده به تفکیک به همراه شماره دندان (در صورت
تعهد در بخش خصوصی بیمه نامه و یا الحاقیه)

۷-۲- الصاق مدارک و گرافی های مورد نیاز و یا در صورت نیاز به تأیید و یا معاینه توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر بابت خدمات
به شرح ذیل (در صورت تعهد در بخش خصوصی بیمه نامه و یا الحاقیه)
۷-۳- رسید دستگاه pos مرکز دندانپزشکی

ارتودنسی : ارائه رادیوگرافی های بلافاصله بعد از درمان پانورکس و لترال سفالومتری ، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام
خدمت ، و ارائه فتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک

ایمپلنت : ارائه رادیوگرافی پانورکسی قبل (بلافاصله بعد از درمان) و رادیوگرافی بعد از درمان

فضا نگهدارنده اطفال : معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بلافاصله بعد از درمان

روکش استیل : معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بلافاصله بعد از درمان

پست ریختگی : ارائه رادیوگرافی بلافاصله بعد از درمان

روکش : برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فتوگرافی بلافاصله بعد از درمان

نایت گارد : ارائه فتوگرافی بلافاصله پس از درمان

پروتزها و پارسیل ها : ۱- مراکز طرف قرارداد : معاینه بیمار قبل از درمان و معاینه یا ارائه فتوگرافی بلافاصله بعد از درمان

۲- خسارت متفرقه : معاینه بیمار پس از درمان

درمان ریشه : رادیوگرافی قبل و بعد از خدمت بلافاصله بعد از درمان

ترمیم: جهت ترمیم ۵ یا بیش از ۵ دندان ارسال پانورکس قبل (بلافاصله بعد از درمان) و رادیوگرافی بعد

جراحی های لثه: گرافی بلافاصله قبل از درمان

جراحی نهفته در نسخ نرم وسخت: ارسال رادیوگرافی بلافاصله قبل از درمان

۸) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه ویزیت (در صورت تعهد در بخش خصوصی بیمه نامه و یا الحاقیه)

۸-۱- درج مبلغ ویزیت درج شده در سر نسخه پزشک ممهور به مهر پزشک ، تاریخ و نام بیمار

۸-۲- در صورت استفاده از دفترچه درج مبلغ ویزیت و امضا و مهر پزشک در پشت نسخه دفترچه الزامی است.

۹) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه های فیزیوتراپی:

۹-۱- فاکتور هزینه پرداختی طبق جلسات فیزیوتراپی

۹-۲- دستور پزشک متخصص معالج (جراح ارتوپد و یا متخصص مغز و اعصاب) با ذکر تعداد جلسات و ناحیه مورد فیزیوتراپی. (در صورت عدم استفاده از سامانه نسخ الکترونیک)

۹-۳- تایید انجام تعداد جلسات فیزیوتراپی که توسط فیزیوتراپیست امضاء و ممهور به مهر گردیده است .

تبصره: پرداخت هزینه فیزیوتراپی برای هر ناحیه تا ۱۰ جلسه قابل پرداخت میباشد. پرداخت هزینه فیزیوتراپی بیش از ۱۰ جلسه و یک ناحیه به بالا میبایست قبل از اقدام به انجام فیزیوتراپی با همراه داشتن مدارک مثبت (به شرح فوق) به تأیید پزشک معتمد شرکت بیمه دانا رسانده و پس از تایید ایشان مورد محاسبه و در وجه بیمه شده پرداخت گردد .

۹-۴- رسید دستگاه pos مرکز توانبخشی

۱۰) مستندات لازم جهت بررسی و پرداخت اسناد جراحی های مجاز سرپایی:

۱۰-۱- اکسیژن ضایعات و لیپوم: گواهی پزشک معالج مبنی بر اندازه ، محل ضایعه و کپی جواب پاتولوژی ارائه گردد.

۱۰-۲- بخیه: اندازه ، میزان و یا عمق پارگی ، محل آناتومیکی دقیق آن و یا تعداد بخیه های انجام شده با تأیید پزشک معالج

۱۰-۳- شکستگی و گچ گیری: گرافی مربوطه ، نوع شکستگی ، محل شکستگی و نوع گچ گیری توسط پزشک معالج گواهی گردد . هزینه وسائل مصرفی ، گچ ، ویبریل و باند بر اساس فاکتور خرید معتبر قابل پرداخت میباشد .

۴-۱۰- کرایو و لیزر : تعداد ضایعه ، محل آنها و نوع آنها توسط پزشک گواهی گردد ، مواردی که جنبه زیبایی دارد در تعهد نمی باشد در مورد لیزر چشم گواهی پزشک معالج و کپی گزارش ارسال گردد.

۵-۱۰- تخلیه کیست یا درناژ : اندازه ، محل آناتومیکی و در صورت زیاد بودن تعداد آن و در صورت احتمال ارسال به پاتولوژی کپی جواب آن ارسال گردد.

تبصره : رسید دستگاه pos مرکز درمانی

مدارک مورد نیاز	مراجع درمانی	نوع هزینه
ارائه اصل گواهی پزشکی مبنی بر دریافت مبلغ حق الزحمه ویزیت (تاریخ، کدملی، مهر و امضا پزشک)	پزشکانی که به صورت غیرالکترونیکی در سرنسخه پذیرش می کنند	ویزیت
ارائه اصل گواهی پزشکی مبنی بر دریافت مبلغ حق الزحمه ویزیت (تاریخ، کدملی، مهر و امضا پزشک) همراه با درج کد رهگیری یا شناسه دریافتی از سامانه	پزشکانی که به صورت الکترونیکی پذیرش می کنند	

۱۱) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه سمعک (در صورت تعهد در بخش خصوصی بیمه نامه و یا الحاقیه)

۱-۱۱- دستور پزشک متخصص ENT(گوش، حلق و بینی)

۲-۱۱- نوارگوش و ادیومتری (ارائه شنوایی سنجی با کاهش حداقل ۳۰ دسی بل در شنوایی ضروری است)

۳-۱۱- فاکتور معتبر از مرکز وارد کننده سمعک که مشخصات آن با کارت گارانتی سمعک هم خوانی داشته باشد ، جهت هزینه سمعک بر اساس دستورالعمل الزامات عمومی فاکتور و پیش فاکتور تجهیزات پزشکی ، اداره کلی تجهیزات پزشکی می باشد .

۴-۱۱- الزام ارائه فیزیک سمعک به همراه کارت گارانتی به کارشناس بیمه و مطابقت مدل مندرج روی سمعک با مدل سمعک مندرج در فاکتور.

۱۲) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت اسناد دارویی (در صورت تعهد در بخش خصوصی بیمه نامه و یا الحاقیه)

نسخه پزشک (در صورتی که دارو آزاد باشد و در دفترچه نوشته شده باشد ارائه برگه دفترچه ممهور به مهر پزشک دارای تاریخ و مهر داروخانه به همراه پرینت ریز دارو که در آن دارو و قیمت به تفکیک قید گردیده ، الزامی است در صورت استفاده از سهم بیمه پایه برگه دوم دفترچه حاوی اطلاعات قیمت دارویی به تفکیک هر قلم و مهر داروخانه الزامی است .) در صورتیکه در سر نسخه پزشک دارو تجویز گردیده است نسخه می بایست دارای اطلاعات کامل بیمار، تاریخ، مهر پزشک و مهر داروخانه که قیمت دارو در آن به تفکیک قید گردیده و یا پرینت دارو ممهور به مهر داروخانه باشد . تبصره ۱ : در صورت مراجعه بیمه شده به مراکز استفاده کننده از سامانه نسخ الکترونیک ، نحوه دریافت هزینه ویزیت به شکل زیر می باشد.

تبصره ۲: در صورت مراجعه بیمه شده به مراکز استفاده کننده از سامانه نسخ الکترونیک، نحوه دریافت هزینه پاراکلینیکی (سرپایی) به شکل زیر می باشد.

تزریق سلول های بنیادی در صورتی که جنبه درمانی آن توسط کمیسیون پزشکی بیمه گر تأیید گردد در سقف تعهد جراحی تخصصی قابل جبران است.

هزینه اوزون تراپی در صورت تأیید جنبه درمان آن توسط پزشک معتمد بیمه گر در سقف تعهدات پاراکلینیکی قابل جبران می باشد.

باتوجه به تمدید بیمه نامه بدون وقفه دوره انتظار حذف میگردد

چنانچه بیمه شده ای فاقد پوشش بیمه گر پایه باشد ارائه خدمات با اعمال ۳۰ درصد فرانشیز صورت خواهد پذیرفت که در این خصوص مقرر شد لیست بیمه شدگان بصورت جداگانه ارائه شود

مقرر شد خدمات دارویی مرتبط با بیماری ام اس، تالاسمی، هموفیلی و سرطان بیمه شدگان تا سقف جراحی عمومی بسته به طرح درخواستی جبران گردد

مدارک مورد نیاز	مراجع درمانی	نوع هزینه
اصل فاکتور مرجع (داروخانه، آزمایشگاه، تصویربرداری و ...) و ارائه ریز مبالغ دارویی و سایر خدمات به همراه کدملی یا کدرهگیری، مبلغ کل، سهم سازمان و سهم بیمار ممهور به مهر داروخانه یا مرکز (اصل یا تصویر جواب خدمات تشخیصی طبق سنوات قبل)	موارد مشمول ثبت الکترونیکی توسط پزشک و مراجع سرپایی (پزشک و مرکز از سامانه الکترونیکی استفاده نمایند)	
در صورتی که مرکز طرف قرارداد با بیمه گر پایه باشد تصویر نسخه تجویز شده پزشک معالج در سرنسخه (تاریخ، کدملی، مهر و امضا پزشک) و اصل فاکتور مرجع (داروخانه، آزمایشگاه، تصویربرداری و ...) و ارائه ریز مبالغ دارویی و سایر خدمات به همراه مبلغ کل و سهم سازمان و سهم بیمار) ممهور به مهر داروخانه یا مرکز (اصل یا تصویر جواب خدمات تشخیصی طبق سنوات قبل)	موارد مشمول ثبت غیرالکترونیکی پزشک و ثبت الکترونیک مراجع سرپایی	دارو و سایر خدمات پاراکلینیکی
در صورتی که مرکز طرف قرارداد با بیمه گر پایه نباشد اصل نسخه تجویز شده پزشک معالج در سرنسخه (تاریخ، کدملی، مهر و امضا پزشک)، اصل فاکتور و تصویر جواب خدمات تشخیصی طبق سنوات قبل	موارد مشمول ثبت غیرالکترونیکی پزشک و ثبت غیرالکترونیک مراجع سرپایی	