

## بروشور راهنمای بیمه تکمیلی درمان

بیمه شده گرامی : ضمن آرزوی سلامتی برای شما از اینکه توفیق خدمت به جنابعالی نصیب ما گردیده است خرسندیم و امیدواریم بتوانیم با ارائه خدمات مطلوب ، موجب رضایت شما را فراهم آوریم .

شرایط و نحوه استفاده از خدمات بیمه مکمل درمان

### صدور معرفی نامه

بیمه شدگان می توانند قبل از مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد جهت اخذ معرفی نامه به شرکت بیمه کوثر مراجعه نمایند .

### مدارک مورد نیاز جهت صدور معرفی نامه

- ۱- برگ پذیرش بیمارستان یا گواهی پزشک معالج با درج نام بیمار ، نوع بیماری و تاریخ بستری ممهور به مهر بیمارستان و پزشک معالج
- ۲- دفترچه بیمار و کپی صفحه اول آن و کارت ملی بیمار

### مدارک مورد نیاز جهت دریافت هزینه های درمان

#### الف - هزینه های سرپائی (پاراکلینیک)

- ۱- اصل قبض پرداخت وجه ممهور به مهر مرکز درمانی و یا پزشک معالج
- ۲- اصل یا کپی جواب و دستور پزشک معالج ممهور به مهر پزشک
- ۳- کپی صفحه اول دفترچه بیمار

#### ب- هزینه های بیمارستانی

- ۱- اصل صورت حساب بیمارستان ممهور به مهر بیمارستان و پزشک معالج
- ۲- کلیه ضmann پرونده شامل شرح عمل یا خلاصه پرونده - برگ بیهوشی ، لیست لوازم و داروهای مصرفی در بخش و اتاق عمل - ..... آزمایش - رادیولوژی و .... و جواب خدمات تشخیصی انجام شده

- ۳- کپی صفحه اول دفترچه بیمار

### جهت دریافت هزینه دارو رعایت نکات ذیل ضروری می باشد:

- ۱- برگ نسخه دارو در دفترچه بیمار ، باید خوانا و ممهور به مهر پزشک معالج و داروخانه باشد .
  - ۲- قیمت اقلام دارویی خوانا و به تفکیک مشخص شود .
  - ۳- نسخه دارویی باید دارای تاریخ باشد .
- بدیهی است قبوض المثنی ، چاپ دوم و مخدوش فاقد اعتبار و قابل پرداخت نمی باشد .

گرافی بعد از درمان	<p>کر جراحی لثه (فلپ) درمان پرفوراسیون با mta - گرافی بعد از عمل ترمیم بیلداپ با کامپوزیت نوری و کورمکس - گرافی بعد از عمل</p>
--------------------	--

در مورد عصب کشی حتماً تعداد کانالها ذکر شود با دو عدد گرافی و ذکر ناحیه و شماره دندان در مورد ترمیم دندان حتماً تعداد سطح و نوع مواد مصرفی در ترمیم دندان قید گردد ، با ذکر ناحیه و شماره دندان

۷- با نسخه دندانپزشک معالج و مدارک پیوستی مطابق جدول شماره ۱ و اصل کارت ملی و کپی صفحه اول دفترچه بیمار به نماینده بیمه مراجعه و مدارک تحویل داده شود.  
نسخ و مدارک ارسال شده مورد بررسی و ثبت در سیستم مکانیزه می گردد و بعد از ارزیابی مبلغ مورد تعهد بر اساس تعرفه های تعیین شده پرداخت میگردد.

تذکرات مهم :

تمامی خدمات دندانپزشکی ارائه شده به بیمه شده در بخشهای طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد در سیستم مکانیزه ثبت می گردد لذا خدمات تکراری قابل پرداخت نمی باشد.  
چنانچه به هر علتی بالاتر از سقف ریالی مصوب خود از خدمات دندانپزشکی استفاده نماید شرکت بیمه کوثر محق است که خسارت وارده را از مطالبات بیمه شده مسترد نماید.  
پرداخت هزینه خسارات بر اساس تعرفه مصوب و بعد از کسر فرانشیز می باشد ، لذا در بسیاری مواقع پرداختی بیمار در مراکز غیر طرف قرارداد از پرداختی در مرکز طرف قرارداد بیشتر است.

برخی از خدمات مانند پروتزهای دندانی در مراکز غیر طرف قرارداد دارای سقف تعدادی می باشد.  
معمولاً با توجه به نظارت بیمه کوثر بر مراکز قرارداد ، هزینه خدمات دندانپزشکی در این مراکز پایین تر از هزینه خدمات دندانپزشکی در مراکز غیر طرف قرارداد می باشد.

با آرزوی سلامتی وموفقیت

شرکت بیمه کوثر

**جهت دریافت هزینه عملهای مجاز سربایي در مطب ، تائید پزشک معتمد بیمه قبل از عمل و یا ارائه جواب نمونه برداری ( در صورت انجام نمونه برداری ) ضروری است .**  
در صورتی که عمل جراحی به صورت اورژانس انجام گیرد رویت بیمار جهت تائید بعد از عمل جراحی بلامانع است .

پرداخت هزینه های مربوط به عمل جراحی انحراف چشم ، انحراف بینی و لیزیک چشم منوط به تائید پزشک معتمد بیمه قبل از انجام عمل جراحی می باشد .

#### **نحوه پرداخت هزینه های خدمات دندانپزشکی ( در مراکز غیر طرف قرارداد )**

با توجه به احترام به حق انتخاب بیمه شدگان ، شرکت بیمه کوثر اقدام به پرداخت خسارتهای دندانپزشکی در مراکز غیر طرف قرارداد نموده است که برای استفاده از این خدمات می بایست مطابق روش زیر عمل نمائید .

۱-بیمار می بایست بعد از دریافت خدمات دندانپزشکی و تسویه مالی با مرکز ، گواهی ارائه خدمات دریافت نماید .

**تبصره :** گواهی بایستی بر روی نسخه آدرس دار مرکز درمانی نوشته شود و در صورتی که توسط مرکز درمانی قبض صادر گردیده ، می بایست با دارا بودن سایر شرایط زیر ، دارای مشخصات مرکز درمانی مثل آدرس ، تلفن ، و نام مرکز باشد .

۲-گواهی باید دارای مهر نظام پزشکی و امضای دندانپزشک معالج باشد . (گواهی صندوق مرکز درمانی مورد قبول نیست)

۳-مدت اعتبار گواهی ، از تاریخ انجام هزینه ۶ ماه و از تاریخ اتمام قرارداد ۳ ماه می باشد .

۴-متن نسخه خوانا و کامل و برای هر خدمت قیمت مستقل نوشته شود بطور مثال : معالجه ریشه دندان ۴ راست بالا دو کاناله مبلغ ۶۸۳ / ۰۰۰ ریال

۵-نام و نام خانوادگی بیمار و نیز تاریخ انجام هزینه حتماً ذکر شود .

۶-مدارک مطابق جدول زیر برای برخی از خدمات از دندانپزشک معالج گرفته شود .

#### **جدول ۱- مدارک پیوستی نسخ دندانپزشکی**

ردیف	نام خدمت	مدارک مورد نیاز
	معالجه ریشه دندان ( عصب کشی )	گرافی قبل و بعد از درمان
	جراحیهای دندان ( نسج نرم و سخت )	گرافی از درمان
	رز کسیون اپیکال ( قطع ریشه )	گرافی قبل و بعد از درمان
	اسپلینت هر دندان	گرافی بعد از درمان
	همی سکشن	گرافی قبل و بعد از درمان
	اکسپوز کردن دندان	گرافی قبل از درمان
	آمپوتاسیون ریشه (فقط متخصص فک وپریو)	گرافی قبل و بعد از درمان
	آلوئولوپلاستی (فقط متخصص فک وپریو)	گرافی قبل و بعد از درمان
	اپکسیفیکیشن(فقط متخصص اندو و کودکان)	گرافی قبل و بعد از درمان
	چسباندن روکش های قدیمی برنج های قدیمی و پست	گرافی قبل از درمان