

## به نام خدا

با سلام و عرض ادب خدمت تمامی پرسنل تحت پوشش درمان تکمیلی بیمه دی، جهت افزایش اطلاعات و همچنین تسهیل در امور اعضای محترم، نحوه ارسال مدارک بحضورتان اعلام میگردد.

### \* موارد غیر بستری:

۱. دستور پزشک معالج یا تصویر جواب مبنی بر انجام اقدام درمانی
  ۲. اصل قبض پرداختی ممههور به مهر مرکز درمانی و پزشک معالج ( با قید نام و نام خانوادگی بیمار و تاریخ) تبصره: لازم به ذکر میباشد که قبض المثنی یا چاپ مجدد غیر قابل پرداخت میباشد.
  ۳. در تمام هزینه ها نام کامل بیمه شده و تاریخ به صورت خوانا باشد.
  ۴. گواهی پزشک معالج مبنی بر تعداد جلسات مشاوره و ساعتهای آن ممههور به مهر پزشک، نام و نام خانوادگی، تاریخ مشاوره توسط پزشک.
  ۵. گواهی فیزیوتراپی با قید تاریخ، تعداد جلسات و اقدامات انجام شده در هر جلسه
  ۶. اصل نسخه دارو ممههور به مهر داروخانه با قید ریز مبلغ پرداختی، ریز اقلام، مهر پزشک معالج و تاریخ
  ۷. در صورتیکه داروی غیر بیمه ای (آزاد محاسبه شده منظور اینکه از بیمه گر اول استفاده نشده باشد) برگه اصلی دستور دارو مورد نیاز است.
  ۸. داروهای بالای ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال مستلزم تائیدیه و گواهی پزشک متخصص مبنی بر نوع درمان و علت مصرف میباشد (در صورت تکرار دارو هر بار کپی تائیدیه پزشک مربوطه ارسال گردد )  
\* داروهای تقویتی، مکمل، آرایشی بهداشتی در تعهد بیمه نمی باشد.
- تبصره: در صورتی که دارو هایی مستلزم تایید پزشک متخصص را پزشک عمومی تجویز نماید، غیر قابل پرداخت میباشد.
۹. سوابق بیماری بیمه شده در موارد داروهای خاص (گزارش پاتولوژی، گزارش MRI، پروتوکل های درمانی تجویز شده توسط پزشک معالج و ..)
  ۱۰. ارسال دارو های مربوط به تصویر برداری حتما با مدارک مربوط به تصویر برداری ارائه گردد.
  ۱۱. جهت دریافت مدارک اورژانس: برگه شرح حال (فرم تریاژ) - صورتحساب بیمار - ریز دارو و لوازم مصرفی - جواب خدمات دریافتی از قبیل: آزمایشات، سونوگرافی، ام آر آی، نوار قلب و ...

- مدارک مورد نیاز جهت بررسی سایر هزینه ها (در صورتی که جزء تعهدات بیمه نامه باشد)

### \* عینک و لنز:

۱. اصل فاکتور خرید عینک یا لنز طبی (مبلغ پرداختی توسط بیمار) ممههور به مهر مرکز خرید عینک ( اپتومتریست ) و قید تاریخ
۲. برگه تعیین نمره چشم (ممههور به مهر چشم پزشک )
۳. اصل نسخه تجویز شده توسط چشم پزشک

### \* توجه:

-نسخ داروی ارسالی و صورتحساب داروخانه جهت بررسی هزینه میبایست خوانا باشد .

-معرفی نامه بیمه گذار جهت استفاده از پوشش بیماری خاص

\* خسارت های پرداختی طبق تعرفه های مصوب وزارت بهداشت و سندیکای دندانپزشکی محاسبه می گردد.

\* در خصوص برداشتن ضایعات پوستی، خال و... (کرایوتراپی-اکسیژن) همچنین تخلیه کیست حتما باید تعداد و محل مشخص شود.

## \*دندانپزشکی:

۱. اصل گواهی دندانپزشک مبنی بر نوع اقدامات درمانی انجام شده بارج مبلغ دریافتی و تاریخ
  ۲. خدمات دندانپزشکی مستلزم ارائه گرافی قبل و بعد از انجام کار و یا حین انجام کار میباشد
  ۳. جزی ترمیم تا سه واحد دندان، جرم گیری و بروساژ، کشیدن بدون جراحی، نیازی به عکس ندارند.
  ۴. برای پرداخت هزینه دندانپزشکی حتما اصل فاکتور ممهور شده مرکز مورد تایید میباشد. گرافی از دندان مستلزم ارائه مبلغ پرداختی ممهور به همراه عکس یا دستور پزشک.
  ۵. اعضای محترم لازم به ذکر است که خدمات دندانپزشکی انجام شده را از دکتر خود بصورت کامل بخواهید که متضرر نشوید.
  ۶. پرکردن نیاز به تعداد سطح و مواد مورد استفاده میباشد ( سه سطحی آمالگام یا کامپوزیت)
  ۷. عصب کشی تعداد کانال و مواد مورد استفاده برای پر کردن ( سه کاناله با مواد آمالگام یا کامپوزیت)
  ۸. در صورتی که تاریخ ویزیت با تاریخ دریافت خدمات در یک روز باشد ویزیت پرداخت نمیگردد.
  ۹. در برخی موارد بنا به تشخیص پزشکی معتمد بیمه گر، بیمه شده میبایست جهت معاینه مراجعه نماید.
- توجه:** حتما باید خدمات ارتودنسی جنبه درمانی داشته باشد به همین دلیل قبل از کار میبایست به معاینه پزشک معتمد بیمه دی مراجعه شود، در صورتی که پزشک معاینه نکرده باشند عکس قبل از کار به همراه قالب گچی جهت پرداخت مورد نیاز میباشد.
- نکته:** سایر موارد پیش بینی نشده طبق قوانین بیمه مرکزی و سندیکای بیمه گران انجام می شود.

## \*مدارک مورد نیاز جهت بررسی اسناد بستری در بیمارستان:

۱. اصل صورتحساب و اصل ریز صورتحساب بیمارستان ممهور به مهر بیمارستان به همراه جواب کلیه اعمال انجام شده در صورت حساب بیمار
۲. اصل ریز داروها ممهور به مهر داروخانه بیمارستان
۳. اصل قبض های پرداختی بابت هزینه های رادیوگرافی، آزمایشگاه، M.R.I، سی تی اسکن، اکو، تست ورزش، سونوگرافی، ماموگرافی، مانیتورینگ، آنژیوگرافی و... به همراه گزارشات موارد ذکر شده.
۴. در صورت دریافت هزینه از سوی بیمه گر پایه ارسال تاییدیه مبلغ پرداختی از سوی سازمان مربوطه به انضمام تصویر تمام صفحات پرونده بیمارستانی الزامی است. (ممهور به مهر برابر اصل بیمه گر پایه)
۵. بیمه شدگان قبل از ارائه پرونده بیمارستانی به شرکت بیمه دی، جهت دریافت سهم بیمه گر پایه ( تامین اجتماعی/ خدمات درمانی و ... ) مراجعه نمایند در صورت ارائه پرونده مستقیم به بیمه دی انصراف خود را از دریافت سهم بیمه گر پایه بصورت مکتوب اعلام نمایند.
۶. در صورت خرید لوازم مصرفی در اتاق عمل فاکتور خرید ممهور به مهر پزشک جراح و اتاق عمل به همراه صورتحساب بیمارستانی ارسال گردد.

## \*عمل جراحی (علاوه بر مدارک فوق):

۱. ارائه برگه شرح عمل جراحی
۲. اصل گواهی جراح ممهور به مهر پزشک جراح
۳. اصل گواهی بیهوشی ممهور به مهر پزشک بیهوشی
۴. اصل گواهی کمک جراح ممهور به مهر پزشک
۵. اصل ریز داروها و وسایل مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر داروخانه بیمارستان

۶. گواهی از پزشک مبنی بر تعداد مشاوره صورت گرفته ممه‌ور به مهر پزشک
  ۷. در صورت انجام جراحی سپتوپلاستی ارائه گرافی قبل و بعد از عمل جراحی الزامی می باشد.
  ۸. در صورت انجام جراحی D&C (کورتاژ) ارائه سونوگرافی قبل از عمل الزامی می باشد
  ۹. ارائه جواب پاتولوژی جهت سایر اعمال جراحی الزامی می باشد.
  ۱۰. شرح حال بیماری و اصل سیر بیماری و خلاصه پرونده
- مدارک فوق معمولاً در زمان ترخیص از سوی بیمارستان در اختیار شما قرار میگیرد. لطفاً در همان زمان کمبودها را برطرف نمایید، بیمارستان موظف به تامین آنها است.

### **\*توجه:**

حتماً پیشنهاد میشود جهت تسهیل در پرداخت هزینه های درمانی، تا حد امکان از معرفی نامه استفاده گردد.

**پرداخت هزینه های:** انحراف بینی، ماموپلاستی، چاقی مفرط، فتق شکمی و نافی، اسلیو معده، افتادگی پلک، strabismus،

لازک، لیزیک، رفع عیوب انکساری چشم، انواع جراحی تعویض مفصل زانو، انواع ارتروز کپی، پارگی منیسک، انواع شکستگی،

ارتودنسی و ... منوط به تاییدیه پزشک معتمد بیمه دی قبل از عمل میباشد.

جهت مشاهده مراحل ثبت هزینه ها در سیستم کمک رسان تا زمان پرداخت از طریق سایت شرکت امید بنیان قابل رویت میباشد.  
آدرس اینترنتی پرتال: [omiddayins.ir](http://omiddayins.ir) گزینه **SSS** کمک رسان ایران را انتخاب کنید، در صورتی که تاکنون عضویت نداشته اید فایل پیوست را از مسئول بیمه شرکت درخواست فرمایید تمامی مراحل ثبت نام و نحوه استفاده از پرتال برای شما اعضای محترم توضیح داده شده است.

در خصوص اخذ معرفی نامه از طریق پرتال پس از آپلود کردن دستور پزشک با فرمت JPG و دریافت کد رهگیری حتماً با کمک رسان تماس حاصل فرمایید و از صدور معرفی نامه اطمینان حاصل فرمایید.

### **\*توجه:**

صدور کد رهگیری فقط به منزله ثبت مدارک شما در سیستم میباشد.

در صورتی که دسترسی به سایت ندارید نیز میتوانید از طریق فکس دستور پزشک خود را به شماره فکس ذیل ارسال فرمایید و پس از ارسال فکس با کمک رسان تماس گرفته و از صدور معرفی نامه خود اطمینان حاصل فرمایید.

### **\*شماره تماس کمک رسان در وقت اداری:**

۵۷- ۸۸۶۴۸۶۵۲ داخلی ۲ شماره فکس: ۸۸۶۴۸۶۳۹

### **\*شماره تماس کمک رسان در روز پنجشنبه و جمعه و خارج از ساعات اداری (شیفت):**

۸۸۶۴۸۴۲۱ شماره فکس: ۸۸۶۴۸۴۴۰

### **\*در صورت سوالات و پیگیری هزینه های ارشالی با شماره های ذیل تماس حاصل فرمایید:**

۸۸۵۴۰۹۵۳-۸۸۷۵۴۵۷۶-۸۸۵۴۲۹۳۵-۸۶۰۴۳۵۴۹-۸۶۰۴۳۸۴۹-۲۶۰۴۳۱۹۸ ( داخلی ۲۴۰-۲۵۰-۲۶۰ )

بیمه گذاران محترم لطفاً جهت اطلاع رسانی کامل بیمه شدگان سقف تعهدات قرارداد درمان تکمیلی به همراه فرانشیز و سایر موارد را در اختیار اعضا قرار دهید تا هنگام مراجعه به مراکز درمانی از مفاد کامل قرارداد مستحضر باشند.

**با تشکر**  
**واحد خسارت درمان**