

"بسمه تعالی"

مدارک مورد نیاز جهت درمان تکمیلی گروهی:

ردیف	تعهدات	مدارک مورد نیاز
۱	انواع سونوگرافی ، ام ار ای ، سی تی اسکن ، آزمایشات، گرافی تست، اکو، پاتولوژی	دستور پزشک معالج با مهر مربوطه + اصل قبض + کپی گزارش مربوطه.
۲	هزینه گچ گیری	گواهی پزشک معالج با ذکر نام ناحیه + صورت ارقام مصرفی + عکس (گرافی ناحیه)
۳	انواع بخیه	گواهی پزشک معالج با ذکر نام ناحیه و طول بریدگی یا تعداد بخیه زده شده
۴	خارج کردن توده، کیست، میخچه و موارد مشابه	گواهی پزشک معالج + ذکر ناحیه، اندازه و تعداد توده یا کیست + گزارش پاتولوژی مربوطه
۵	ویزیت	سربرگ پزشک معالج با مهر و امضای پزشک مربوطه یا برگه دفترچه مخصوص پزشک با مهر امضا و ذکر هزینه و یا پشت برگه سوم دفترچه با مهر و امضای و ذکر مبلغ
۶	دارو	در صورتی که دارو آزاد باشد نسخه سبز همراه با مهر پزشک و مهر داروخانه در صورتی که دارو طرف قرارداد تامین اجتماعی باشد برگه صورتی یا ابی همراه پرفراژ داروخانه با مهر پزشک و مهر داروخانه داروی مکمل غ ق پ میباشد چاقی لاغری پوست مو غ ق پ
۷	شیمی درمانی به طور سرپایی (شیمی درمانی بصورت بستری نظیر پرونده های بستری تنظیم میگردد)	ارائه گواهی پزشک معالج با ذکر تعداد جلسات و هزینه + ارائه پاتولوژی مربوطه + داروهای مصرفی شامل نسخه پزشک معالج و تایپ داروخانه با مهر مربوطه
۸	هزینه امبولانس (صرفاً اگر منتهی به بستری شود قابل پرداخت میباشد)	کپی صورتحساب یا خلاصه پرونده بیمارستانی مقصد که در آن بیمار بستری شده + هزینه امبولانس
۹	لیزیک (نمره چشم بالاتر از ۳ دیوپتر)	پرینت کامپیوتری + کلیه مدارک مستدل نظیر صورتحساب و ضمایم دیگر پرونده درمانی
۱۰	انواع نوار (مغز، مئانه، عصب، عضله) شنوایی سنجی بینایی سنجی انواع تست های تنفسی	دستور پزشک، کپی گزارش مربوطه و اصل فاکتور هزینه
۱۱	بستری در بیمارستان	اصل صورتحساب + کپی شرح حال + خلاصه پرونده + شرح عمل + دستور پزشک مبنی بر نوع عمل + برگه بیهوشی

موارد مهم:

هزینه های ناشی از خسارتی که در اثر تصادف باشد غیر قابل پرداخت میباشد.
در خصوص جراحی بینی گزارش سی تی اسکن قبل از عمل جهت تایید پزشک معتمد الزامی است.
در تمامی موارد که به قبوض اشاره شده منظور اصل قبض است .
در تمامی مواردی که گزارش خواسته شده کپی گزارشات مورد نظر است .
داروهای مربوط به موارد غیر درمانی و زیبایی (پوست و مو) لاغری و غیره از مشمول تعهدات خارج میباشد.
کلیه هزینه های درمانی ارائه شده مطابق دستور العمل فوق با کسر فرانشیز ۱۰٪ محاسبه میگردد.
حداکثر زمان جهت ارسال پرونده های پاراکلینیکی ۲ ماه میباشد.
کپی جواب ارائه شود.(زیرا در صورت نیاز به مدارک، بایگانی مدارک را عودت نخواهد داد)
در صورت عدم استفاده از معرفی نامه حتما باید مرجوع شود. در غیر اینصورت به دلیل پر شدن سقف به صورت سیستمی قادر به دریافت خسارت نخواهد بود.

استثنائات:

عیوب مادر زادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام میگردد.
سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
جنگ شورش اغتشاش بلوا اعتصاب قیام آشوب کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تایید مقامات ذی صلاح.
حوادث طبیعی مانند زلزله سیل و آتشفشان.
فعل و انفعالات هسته ای میکروبی و شیمیایی ناشی از جنگ.
لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند .
جراحی لثه.
جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
ترک اعتیاد.
هزینه اتاق خصوصی یک نفره.
خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده.

تبصره ۱: بعد از اتمام پرونده های بیمارستانی ابتدا سهم بیمه گر پایه را گرفته سپس مدارک کپی برابر اصل شده را جهت دریافت مابقی مبلغ (طبق تعرفه) به بیمه سامان ارسال فرمایید
در صورت عدم تمایل به گرفتن سهم بیمه پایه برگه انصراف از تامین حتما تکمیل شود.
تبصره ۲: در صورت هرگونه ابهام در دریافت و تکمیل مدارک تماس بگیرید.

در نهایت هدف از بیمه، تامین آرامش خیال برای تمام افراد میباشد

* بیمه سامان برای تک تک شما عزیزان آرزوی سلامتی دارد *