

معاونت مطالعات و توسعه خدمات بیمه ای

دفتر تدوین استانداردها و توسعه خدمات بیمه ای

بانک پرسشی و پاسخ بیمه سلامت جهت توانمند سازی بیمه شدگان

تیرماه ۱۳۹۵

سوالات عمومی

۱- سازمان بیمه سلامت ایران دارای چند نوع بیمه می باشد؟
سایر اقشار- کارکنان دولت- روستایی- ایرانیان- بیمه سلامت همگانی`

۲- بیمه ایرانیان شامل چه کسانی می شود؟
کلیه افراد ایرانی فاقد پوشش بیمه، تحت پوشش این نوع بیمه قرار می گیرند

۳- بیمه سایر اقشار شامل چه کسانی می شود؟
خانواده معظم شهدا- جانبازان و آزادگان- دانشجویان- مددجویان و توانخواهان بهزیستی- روحانیون و طلاب حوزه های علمیه - بسیجیان

۴- چه عضوی از اعضای خانواده معظم شهدا می توانند تحت پوشش بیمه سایر اقشار قرار گیرند؟
مطابق با قانون بیمه همگانی خدمات درمانی پدر، مادر، همسران، خواهر و برادر تحت تکفل و فرزندان شهدا با بهره مندی از سهم دولت، تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار می گیرند.

۵- آیا همسر و فرزندان تحت تکفل جانبازان و آزادگان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت قرار می گیرند؟
بله
جانبازان، آزادگان، همسر و فرزندان تحت تکفل آنان با رعایت قانون تنظیم خانواده و جمعیت مصوب ۱۳۷۲ با بهره مندی از سهم دولت در حق بیمه تحت پوشش سازمان بیمه سلامت قرار می گیرند.

۶- مددجویان و توانخواهان بهزیستی شامل چه افرادی می باشند؟
این گروه شامل مددجویان و توانخواهان معرفی شده از سوی سازمان بهزیستی می باشند که در صورت معرفی فرد از سوی موسسه بیمه گزار و پرداخت حق بیمه دفترچه بیمه صادر و در اختیار بیمه شده قرار می گیرد.

۷- روستائی به چه شخصی گفته می شود؟
به شخصی که در روستا سکونت داشته باشد و تأیید آن توسط خانه بهداشت و یا شورای اسلامی شهر و روستا صورت پذیرد.

۸- دفترچه بیمه کارکنان دولت به چه کسانی تعلق می گیرد؟
به کلیه افراد مشمول قانون استخدام کشوری که بیمه گزار آنها دولت بوده و در حکم کارگزینی دارای شماره مستخدم می باشند

۹- مدارک لازم جهت احراز بیماران خاص چیست؟
الف معرفینامه/ کارت صادره از سوی انجمنهای مربوطه یا کمیته بیمارهای خاص استان«ت - فرم تایید ابتلا به بیمارهای خاص

۱۰- حق سرانه برای بیمه شدگان چیست؟

حق سرانه مبلغی است که بر مبنای خدمات مورد تعهد به مشمولین بیمه سلامت برای هر فرد در یک ماه تعیین می گردد.

۱۱- بیمه شده تبعی ۱ به چه افرادی گفته می شود؟

به افرادی که در هر خانوار بر اساس ضوابط مشمول دریافت سهم دولت از حق بیمه می شود

۱۲- بیمه شده تبعی ۲ به چه افرادی گفته می شود؟

به افرادی که با پرداخت کل مبلغ حق بیمه مصوب از طرف بیمه شده اصلی تحت پوشش قرار می گیرند

۱۳- بیمه شده تبعی ۳ به چه افرادی گفته می شود؟

به کلیه افرادی معرفی شده از جانب بیمه شده اصلی (بر اساس دستورالعمل اجرایی) که مشمول پرداخت ۲/۹ مازاد بر حق بیمه مصوب می باشند

۱۴- فرزندان ذکور و اناث در صندوق کارکنان دولت تا چه زمانی تبعی ۱ محسوب می شوند؟

فرزندان ذکور در صندوق کارکنان دولت تا پایان ۲۲ سالگی و در صورت ادامه تحصیل تا پایان ۲۵ سالگی و فرزندان اناث تا زمان ازدواج و یا اشتغال بکار تبعی ۱ محسوب می شوند.

۱۵- ادامه پوشش بیمه ای برای آن دسته از فرزندان دختر و پسر کارکنان دولت که از پوشش بیمه ای تبعی ۱ خارج می شوند چگونه است؟

در قالب تبعی ۳ می توانند از مزایای بیمه بهره مند شوند

۱۶- صندوق سایر اقشار شامل چه بیمه شدگانی می باشد؟

بنیاد شهید و امور ایثارگران، بهزیستی، طلاب، بسیجیان، دانشجویان و اصناف و گروه می باشد

۱۷- آیا افرادی که متقاضی استفاده از خدمات درمانی صندوق بیمه ایرانیان می باشند می توانند در سایر سازمانهای بیمه گر (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، کمیته امداد و...) بیمه فعال داشته باشند؟
خیر

۱۸- آیا بیمه سلامت همگانی به بیمه بازنشستگی تعلق می گیرد و سابقه آن محسوب می شود؟

خیر این بیمه، تامین اجتماعی و بازنشستگی نیست بلکه فقط بیمه سلامت است.

۱۹- اگر فردی بیکار باشد و در بیمه سلامت ثبت نام کند بعد از مدتی مشغول به کار شود و در محل کار خود هم بیمه شود آیا این بیمه حذف خواهد شد؟

این بیمه برای آن فرد حذف نمی شود و برای یک سال ادامه خواهد داشت . اما اگر بعد از گذشت این مدت، فرد تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی باشد بیمه سلامت او دیگر قابل تمدید نخواهد بود

۲۰- آیا بیمه سلامت یک ساله است؟

خیر این بیمه قرار است استمرار داشته باشد اما اگر فردی تحت پوشش بیمه دیگری قرار بگیرد، خود به خود این پوشش بیمه ای را از دست خواهد داد. اما کسی که الان ثبت نام کند و بعداً شرایط بیمه دیگری را پیدا کرده و دفترچه دریافت برای مدت یک سال از زمان شروع بیمه، دفترچه بیمه وی اعتبار دارد.

۲۱- اگر ثبت نام بیمه سلامت همگانی در سامانه بیمه سلامت نیمه کاره باشد، متقاضیان چه کاری باید انجام دهند؟

اگر ثبت نام نصف بیمه مانده و سیستم قطع شده، تا زمانی که سامانه اعلام نکند که ثبت نام شما به پایان رسیده و نهایی شده، قابل ویرایش است. حتی اگر کاربر بارها میان کار ثبت نام را رها کند و یا سیستم قطع شود و کاربر خارج و دوباره وارد شود، تا ثبت نام نهایی نشده باشد امکان ویرایش وجود دارد. اما اگر ثبت نام نهایی شد اطلاعات دیگر قابل ویرایش نیستند. در نهایت بعد از یک ماه زمانی که ثبت نام ها کامل شد، آن وقت می‌توانند مجدد مراجعه و اطلاعات خود را ویرایش کنند و اگر امکان دریافت دفترچه داشته باشند به آن‌ها تعلق می‌گیرد.

۲۲- آیا خانم‌های خویش سرپرست می‌توانند خود را بیمه کنند؟

بله، خانم‌های خویش سرپرست هم می‌توانند به عنوان سرپرست خود را بیمه کنند

۲۳- آیا بیمه سلامت همگانی بیمه تکمیلی به حساب می‌آید یا بعد از این بیمه افراد باید بیمه تکمیلی هم داشته باشند؟

خیر. همه مردم می‌توانند یک بیمه تکمیلی داشته باشند اما بیمه سلامت تنها یک بیمه پایه به حساب می‌آید و محدودیتی برای بیمه تکمیلی وجود ندارد.

۲۴- بیمه سلامت همگانی چه فرقی با بیمه خدمات درمانی و بیمه تامین اجتماعی دارد؟

بیمه خدمات درمانی از دو سال پیش تبدیل به بیمه سلامت شد، بنابراین دفترچه های ما قبلاً دفترچه خدمات درمانی بود و الان تبدیل به دفترچه بیمه سلامت شده است. همه موارد مثل بیمارستان‌های دولتی، بیمارستان‌های دانشگاهی، در بعضی از مناطق و شهرها بیمارستان‌های خصوصی هم بعضاً هستند که طرف قرارداد ما قرار می‌باشند. پزشک، داروخانه، آزمایشگاه، فیزیوتراپی، رادیولوژی و کلا پاراکلینیک‌ها طرف قرارداد ما هستند. ممکن است در بعضی از شهرها پزشک‌های فوق تخصص طرف قرارداد ما نباشند که آن را هم نه تنها برای این بیمه شده‌ها که برای کارکنان دولت هم اگر مراجعه کنند با آن‌ها آزاد محاسبه می‌شود. اما ما فقط در شهر تهران ۸۰۰ داروخانه طرف قرارداد داریم. این خدماتی را که برای بیمه سلامت قائل شده‌ایم همان خدماتی است که بر بیمه کارکنان دولت یا بیمه ایرانیان هم حاکم است. بنابراین محدودیتی برای دریافت خدمات برای این بیمه شدگان نیست.

۲۵- شرایط دارو در بیمه سلامت همگانی به چه صورت است؟

در قبال همه داروهایی که در فارماکپی سازمان است متعهد هستیم. بیمه شدگان می‌توانند به داروخانه‌ها مراجعه و با پرداخت فرانشیز دارو آن را تهیه کنند. یعنی فرد فقط فرانشیز دارو را پرداخت می‌نماید.

۲۶- چه افرادی نمی‌توانند در طرح بیمه سلامت ثبت نام کنند؟

بیمه سلامت همگانی شامل افرادی می‌شود که فاقد هر گونه پوشش بیمه ای از طرف سازمانهای بیمه گر (تامین اجتماعی، کمیته امداد، نیروهای مسلح و...) و یا دیگر صندوقهای بیمه ای سازمان (کارکنان دولت، سایراقشار، روستائیان و ایرانیان) باشند

۲۷- چرا برخی افراد که متاهل هستند به هنگام ثبت نام سامانه بیمه سلامت همگانی با این پیغام که «شما نمی‌توانید

در سامانه ثبت نام کنید زیرا تحت تکلف پدرتان هستید» روبرو می‌شوند؟

اگر فردی قبل از ازدواج تحت تکفل پدر یا مادرش بوده، ممکن است سرپرست خانواده به اداره ای که مشغول به کار بوده است موضوع ازدواج فرزندش را اعلام کرده باشد و اداره دیگر حق بیمه ای بابت این فرزند از او کسر نمی کند اما اطلاعات آن فرد هنوز در سامانه بیمه وجود دارد بنابراین باید حتماً کنترل کند که ابطال دفترچه اش در سامانه صورت گرفته است یا خیر.

افرادی که چنین مشکلی دارند برای ثبت نام در سامانه بیمه سلامت باید به دفاتر پیش خوان دولت یا اداره بیمه شهرستان خود مراجعه و نسبت به ابطال دفترچه قبلی خود اقدام کنند.

۲۸- افرادی که فاقد هر گونه بیمه ای بوده و مادرشان تحت تکفل برادرشان می باشند آیا می توانند در سامانه بیمه سلامت ثبت نام کنند؟

اگر این افراد بالای ۱۸ سال باشند می توانند هر کدام به شکل انفرادی در سامانه بیمه سلامت ثبت نام کنند اما اگر سن آن‌ها پایین ۱۸ سال است حتماً باید تحت تکفل پدر یا مادر بیمه شوند البته برادرشان که مادرش را بیمه کرده است می تواند خواهر و برادر خود را هم بیمه کند البته اگر زیر ۱۸ سال باشند.

۲۹- آیا کسانی که بیمه آزاد دارند می توانند در سامانه بیمه سلامت ثبت نام کنند؟

بیمه آزاد از دید ما بیمه ایرانیان و یا بیمه خویش فرمای تامین اجتماعی است که اگر فردی در حال حاضر تحت پوشش این بیمه ها است نمی تواند در سامانه بیمه سلامت ثبت نام کند.

اگر بیمه او اعتبار داشته باشد به این معنی است که اطلاعاتش در بانک اطلاعات سازمان بیمه گر موجود است و طبیعتاً زمانی که در سامانه بیمه سلامت ثبت نام کند؛ با استعلامی که انجام می شود این مسئله مشخص و ثبت نام او لغو خواهد شد.

۳۰- آیا بیمه سلامت بعد از سی سال مستمری باز نشستگی دارد؟

بیمه بازنشستگی مقوله دیگری است، و باید تاکید کنم بیمه سلامت بعد از سی سال مستمری باز نشستگی ندارد.

سخنگوی سازمان بیمه سلامت درباره اینکه به برخی از متقاضیانی که بیمه نیستند این پیغام داده شده است که جهت بررسی صحت اطلاعات کد بیمه خود را که در صفحه اول دفترچه بیمه درج شده وارد کنید، گفت: ممکن است در گذشته تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و یا بیمه خویش فرما بوده اند و تاریخ اعتبار بیمه آن ها تمام شده است اما به هر دلیل اطلاعات فرد در سامانه سازمان بیمه گر هنوز موجود است، این افراد اگر بیمه ایرانیان بوده اند می توانند اطلاعات بیمه ای خود را وارد سامانه کنند و خود به خود سیستم آن را حذف می کند و امکان ثبت نام در سامانه بیمه سلامت برای آنها فرا هم می شود.

۳۱- آیا امکان ویرایش اطلاعات در سامانه بیمه سلامت همگانی وجود دارد؟

در صورت ثبت اشتباه اطلاعات هویتی مانند نام و نام خانوادگی، و ... با مراجعه به دفاتر پیشخوان می توان نسبت به اصلاح اطلاعات اقدام نمود.

۳۲- کسانی که در سالهای خیلی دور بیمه بوده اند و شماره بیمه خود را در اختیار ندارند، برای ثبت نام در سامانه بیمه سلامت چه باید بکنند؟

اگر بیمه سلامت و یا خدمات درمانی در سنوات گذشته بوده اند کافی است به شهرستان خود مراجعه کنند، اسم و مشخصات آن ها در سیستم استعلام می شود و شماره بیمه آن ها مشخص و ابطال می شود و بعد از آن می توانند در سامانه ثبت نام کنند.

۳۳- مادرانی که بیمه زنان سرپرست خانوار است آیا بیمه سلامت شامل او می شود یا خیر؟

بیمه سلامت به کسانی تعلق میگیرد که فاقد هر گونه پوشش بیمه ای از سوی دیگر سازمانهای بیمه گر باشند

۳۴- کسانی که بعد از ثبت نام در سامانه بیمه سلامت همگانی کد رهگیری دریافت نکرده اند، چگونه می توانند متوجه شوند ثبت نامشان انجام شده است؟

در صورتیکه مجدداً وارد سیستم شوند و با پیغام «اطلاعات شما در سامانه موجود میباشد» مواجه شوند، بیابگر ثبت اطلاعات متقاضی در سامانه می باشد

۳۵- آیا افرادی که بیمه روستایی دارند می توانند در سامانه بیمه سلامت ثبت نام کنند؟

آن‌ها تحت پوشش بیمه سلامت هستند بنابراین نمی توانند در سامانه ثبت نام کنند و اگر فرد جدیدی بخواهد به جمعیت خانواده آن‌ها اضافه شود بدون اینکه در این سامانه ثبت نام کنند می توانند به دفاتر پیشخوان دولت و اداره بیمه شهر خود و یا نمایندگی سازمان بیمه سلامت در همین جا مراجعه کنند و بر اساس ضوابطی که وجود دارد برای عضو جدید خانواده دفترچه صادر می‌شود.

۳۶- در صورتیکه فرد جدیدی به خانواده اضافه گردد و یا در هنگام ثبت نام فردی جا مانده باشد چه باید کرد؟

با ورد به سامانه و استفاده از منوی «عضو جدید» میتوان فرد جدید را اضافه نمود

۳۷- هنگام مراجعه به بیمارستانها جهت استفاده از خدمات بیمه ای چه مدارکی باید همراه باشد؟

- در مراجعه به بیمارستانها همراه داشتن دفترچه بیمه صادر شده عکس دار (برای افراد بالای دو سال) و دارای اعتبار (مدت اعتبار چاپ شده در دفترچه بیمه) الزامی است. استفاده از دفاتر بیمه روستائیان بدون نظر و ارجاع پزشک خانواده در دفتر ایشان امکان پذیر نمی باشد. استفاده از برخی خدمات بستری نیاز به تایید اداره کل بیمه خدمات درمانی استان قبل از بستری دارند که بیمه شدگان پس از مراجعه به پزشک و گرفتن نامه مبتنی بر علت بیماری، شرح آن و اقدام قابل انجام در بیمارستان از جمله نوع عمل جراحی که قرار است بر روی بیمار انجام پذیرد به اداره کل مراجعه و در صورت تایید اداره کل مشمول دریافت خدمات بیمه ای می گردند که در ذیل بیان می گردد: (مراجعه بیمار به اداره کل بیمه همراه مدارک ذیل همیشه، در این موارد الزامی است):

الف) عمل تعویض مفصل در مواردیکه بدلائل مختلف نیازمند تعویض کامل مفصل با پروتز می باشند همراه داشتن عکس رادیولوژی مفصل با نامه پزشک مبنی بر دلیل لزوم عمل الزامی است.

ب) عمل جراحی انحراف تیغه بینی که با نامه پزشک مبنی بر دلیل انحراف و گرافی الزامی است.

ث) عمل جراحی فک که بیمار با همراه داشتن عکس رادیولوژی فک و نامه پزشک مبنی بر نوع مشکل فک‌ها به اداره کل بیمه مراجعه می نماید.

ج) عمل جراحی جهت اصلاح افتادگی پلک که بیمار با نامه پزشک با ذکر دلیل مشکل مربوطه به اداره کل بیمه مراجعه می نماید

ح) اعمال جراحی تکمیلی شکاف لب که در صورتیکه جنبه درمانی داشته باشد بیمار همراه نامه پزشک به اداره کل بیمه مراجعه می نماید

۳۸- چه نوع خدماتی در بیمارستانها و موسسات بصورت آزاد حساب می شود؟

- هزینه برخی خدمات بیمارستانی در تعهد بیمه نمی باشد از جمله هزینه اتاق خصوصی داروهای خارجی که نوع ایرانی آن موجود باشد، لباسهای یکبار مصرف بیماران، هزینه تشکیل پرونده، حق فنی داروخانه و آزمایشگاه، هزینه مربوط به همراه مریض، بسته وسایل بهداشتی از جمله خمیر دندان و مسواک و دمپائی ... که بصورت آزاد حساب می شود.

۳۹- تا چه ساعتی می توان جهت تایید دارو به اداره کل بیمه مراجعه نمود؟

- در پائیز و زمستان جهت تایید دارو از ساعت ۱۶:۳۰ تا ۱۸

- بهار و تابستان جهت تایید دارو از ساعت ۱۷ تا ۱۸:۳۰

۴۰- چه کسانی پاسخگوی کسورات نسخ پزشکان است؟

پزشکان و موسسات می توانند تا مدت یکماه پس از رسیدگی نسخ خود در صورت اعتراض به کسورات به کارشناس مسئول مربوطه خود در اداره اسناد پزشکی مراجعه نمایند تا جهت رویت کسورات هماهنگی لازم با کارشناسان مربوطه انجام شود.

۴۱- چه نوع خدمتی از خدمات دندانپزشکی جزء تعهدات بیمه خدمات درمانی می باشد؟

الف) جرم گیری و بروساژ

ب) ویزیت دندانپزشک

ت) رادیوگرافی و کشیدن دندان برای کلیه سنین

ث) فلوراید تراپی، فیشور سیلانت، وارنیش فلوراید و ترمیم دندان شماره ۶ برای سنین تا ۱۴ سال

ج) جراحی نسج نرم و جراحی نسج سخت

۴۲- آیا هزینه خدمات دندانپزشکی که جزء تعهدات بیمه خدمات درمانی نیست از طریق اداره کل بیمه خدمات درمانی

قابل پرداخت است؟

خیر خدمات دندانپزشکی که در تعهد نمی باشد از طریق خسارت متفرقه نیز قابل تایید نمی باشد

۴۳- افرادی که دارای هیچ نوع بیمه ای نیستند چه باید بکنند؟

افرادی که هیچ نوع پوشش بیمه ای نداشته باشند می توانند تحت پوشش یکی از بیمه های زیر قرار گیرند.

الف) در صورت حداقل شش ماه سکونت در روستا یا شهرهایی با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر تحت پوشش بیمه روستاییان و عشایر

ب) در صورت پرداخت حق بیمه مربوطه، به صورت خانوار تحت پوشش بیمه ایرانیان

ج) در صورتی که والدین و یا فرزندان آنان کارمند باشند تحت پوشش بیمه صندوق کارمندی می توانند قرار گیرند.

۴۴- چرا بیمه ها مبلغ کامل دارو را قبول ندارند و دیده می شود داروها مبلغ مابه التفاوت شاملشان می شود؟

جواب: ملاک محاسبه سازمان های بیمه گر، قیمت داروهای ایرانی و حداقل قیمت داروهای موجود در بازار است. به عنوان مثال اگر از یک دارو شاخص های تجاری مختلف با قیمت های مختلف در بازار وجود داشته باشد، بیمه ها حداقل قیمت دارو در بازار را قبول دارند پس بسته به آنکه آن داروخانه از کدام شاخص دارو در داروخانه موجود داشته باشد این مابه التفاوت متغیر است.

۴۵- چرا بعضی از نسخ وقتی به داروخانه برده می شود آزاد محاسبه می شود؟

جواب: اگر تاریخ نسخه، تاریخ اعتبار دفترچه، اقلام تجویز شده توسط پزشک، مهر پزشک مخدوش باشد، سازمان های بیمه گر این اقلام نسخه را قبول ندارند لذا داروخانه بیمار را راهنمایی می کند تا مورد را برطرف کند تا قابل قبول برای سازمان های بیمه گر باشد در غییر این صورت آن نسخه باید آزاد محاسبه شود.

۴۶- آیا قیمت یک دارو در دفترچه های گوناگون سازمان های بیمه گر متفاوت است؟

جواب: اکثر داروها با قیمت واحدی توسط سازمان های بیمه گر قابل قبول می باشد ولی بعضی از داروها ممکن است قابل قبول توسط یک بیمه باشد و همان داروها اصلاً جزو تعهدات بیمه دیگر نباشد و یا با قیمت پایین تر و بالاتر بپذیرد. قیمت یک دارو در دفترچه های گوناگون سازمان های بیمه گر می تواند متغیر و متفاوت باشد.

۴۷- مگر نه اینکه نسخ پزشک خانواده شهری باید رایگان باشد ، چرا داروخانه ها برای هر نسخه پزشک خانواده شهری مبلغی را از بیمار اخذ می کنند ؟

نسخ در طرح پزشک خانواده شهری رایگان نیست ، اگر کلیه داروهای تجویز شده هم مورد تعهد بیمه باشد حق فنی به ازای هر نسخه باید از بیمار اخذ شود ، به جز حق فنی اگر داروی تجویز شده دارای مابه التفاوت باشد نیز مبلغ آن از بیمار دریافت می شود . کلیه داروهای خارجی و یا داروهایی که مورد تعهد بیمه نیست نیز باید مبلغش توسط بیمار پرداخت شود.

۴۸- چرا بعضی از نسخ نیاز به تایید بیمه دارد ؟

اگر مبلغ جمع کل نسخه بیش از حد سقف تعیین شده توسط سازمان های بیمه گر برای پزشکان عمومی و پزشکان متخصص باشد نیاز به تایید دارد ، در بسیاری از موارد تایید اینترنتی و از داخل داروخانه انجام می گیرد ولی در برخی موارد طبق قانون سازمان های بیمه گر نیاز به تشکیل پرونده در خود سازمان های بیمه گر وجود دارد که در این حالت بیمار بار اول به سازمان های بیمه گر مراجعه و تشکیل پرونده می دهد و از دفعه های بعدی می تواند به صورت اینترنتی نسخه اش در داروخانه تایید شود

۴۹- چرا همه نسخ نیاز به تایید، اینترنتی تایید نمی شود ؟

اگر بیمار نیاز به تشکیل پرونده داشته باشد و به سازمان های بیمه گر جهت تشکیل پرونده مراجعه نکرده باشد و یا اگر در پرونده الکترونیکی بیمار داروی تجویز شده ثبت نشده باشد و یا تعداد تجویز شده از مقداری که سازمان های بیمه گر در پرونده الکترونیکی بیمار ثبت کرده اند بالاتر باشد نسخه تایید نمی شود.

۵۰- کارمندان آموزش و پرورش که کارت طلایی دارند نسخه هایشان چگونه محاسبه می شود ؟

کارت طلایی تنها ۳۰ درصد سهم بیمه شده را می پردازد ، پس بیمار حق فنی ، مابه التفاوت داروها ، مبلغ داروهای که مورد تعهد بیمه نیست را باید بپردازد.

۵۱- هزینه درمان نگهدارنده اعتیاد حداکثر تا چند ماه تحت پوشش بیمه می باشد

حداکثر ۶ ماه

۵۲- چرا مبلغ کامل دارو را بیمه ها قبول ندارند و دیده می شود داروها مابه التفاوت شاملشان می شود؟

ملاک محاسبه سازمان های بیمه گر ، قیمت داروهای ایرانی و حداقل قیمت داروهای موجود در بازار است . به عنوان مثال اگر از یک دارو شاخص های تجاری مختلف با قیمت های مختلف در بازار وجود داشته باشد ، بیمه ها حداقل قیمت دارو در بازار را قبول دارند پس بسته به آنکه آن داروخانه از کدام شاخص دارو در داروخانه موجود داشته باشد این مابه التفاوت متغیر است

۵۳- چرا بعضی از نسخ وقتی به داروخانه برده می شود آزاد محاسبه می شود ؟

اگر تاریخ نسخه ، تاریخ اعتبار دفترچه ، اقلام تجویز شده توسط پزشک ، مهر پزشک مخدوش باشد ، سازمانهای بیمه گر این اقلام نسخه را قبول ندارند لذا داروخانه بیمار را راهنمایی می کند تا مورد را برطرف کند تا قابل قبول برای سازمانهای بیمه گر باشد در غیر این صورت آن نسخه باید آزاد محاسبه شود .

۵۴- آیا قیمت یک دارو در دفترچه های گوناگون سازمان های بیمه گر متفاوت است؟

اکثر داروها با قیمت واحدی توسط سازمان های بیمه گر قابل قبول می باشد ولی بعضی از داروها ممکن است قابل قبول توسط یک بیمه باشد و همان داروها اصلا جزو تعهدات بیمه دیگر نباشد و یا با قیمت پایین تر و بالاتر بپذیرد . قیمت یک دارو در دفترچه های گوناگون سازمان های بیمه گر می تواند متغیر و متفاوت باشد.

۵۵- مگر نه اینکه نسخ پزشک خانواده شهری باید رایگان باشد ، چرا داروخانه ها برای هر نسخه پزشک خانواده شهری مبلغی را از بیمار دریافت می کنند ؟

نسخ در طرح پزشک خانواده شهری رایگان نیست ، اگر کلیه داروهای تجویز شده هم مورد تعهد بیمه باشد حق فنی به ازای هر نسخه باید از بیمار اخذ شود ، به جز حق فنی اگر داروی تجویز شده دارای مابه التفاوت باشد نیز مبلغ آن از بیمار دریافت می شود . کلیه داروهای خارجی و یا داروهایی که مورد تعهد بیمه نیست نیز باید مبلغش توسط بیمار پرداخت شود.

۵۶- در تعویض زودتر از سه ماه دفترچه بیمه چه مواردی الزامی می باشد ؟

الف) ارائه دفترچه قبلی

ب) ارائه فیش واریز هزینه صدور دفترچه

پ) کسب نظر کمیته فنی استان و یا پزشک معتمد جهت متقاضیان صدور دفترچه زودتر از ۳ ماه به استثناء بیماران خاص الزامی می باشد

۵۷- ضوابط بیمه شدگان روستایی چه مواردی می باشد؟

بیمه نمودن همسر/ همسران و فرزندان زیر ۱۸ سال الزامی است.

با استناد به قانون حق سرانه از روستایی دریافت نمی شود (تأمین از سوی دولت)

تاریخ اعتبار دفاتر ۵ ساله درج می گردد.

حداقل ۶ ماه سکونت در روستا و تأیید آن توسط خانه بهداشت و شورای اسلامی

تکمیل بیمه نامه و مدارک مربوط ضروری است.

شرط خانوار الزامی است

۵۸- آیا همسر مرد خارجی می تواند از مزایای بیمه بهره مند گردد؟

بله

۵۹- آیا همسر مرد خارجی در صورت اخذ حضانت فرزندان در صورت تأییدیه فوت، متواری شدن و مفقود الاثر بودن

شوهر، می تواند از طریق خود فرزند را بیمه نماید؟

بله

۶۰- جهت کسب اطلاعات مورد نیاز از بخش خدمات غیر حضوری بیمه سلامت ایران از قبیل ثبت نام بیمه همگانی،

تعویض دفترچه با کد ملی، ثبت نام ایرانیان، تعویض و تمدید دفترچه بخش خدم به چه سایتی باید مراجعه نمود؟

www.msio.org.ir سازمان بیمه سلامت ایران - صفحه اصلی

۶۱- جهت کسب اطلاعات مورد نیاز از نظر استعمال نسخه تایید شده به چه سایتی باید مراجعه نمود؟

www.msio.org.ir سازمان بیمه سلامت ایران - صفحه اصلی

صدور اولیه

۶۲- مدارک لازم جهت صدور اولیه دفترچه بیمه کارمندان دولت چه مواردی می باشد؟

- الف) تکمیل فرم بیمه نامه (ثبت شماره و تاریخ تکمیل از سوی بیمه گر الزامیست).
- ب) اصل شناسنامه سرپرست و کپی صفحه اول و دوم (در صورت توضیحات کپی از صفحه توضیحات الزامی است)
- پ) تصویر کارت ملی همه افراد متقاضی (از دو طرف)
- ت) تصویر صفحه اول شناسنامه همسر و فرزندان و افراد تبعی (در صورت وجود توضیحات کپی از صفحه توضیحات الزامی است).
- ث) رویت اصل شناسنامه ذکور بالای ۱۸ سال و اناث بالای ۱۵ سال
- ج) حکم کارگزینی «تاریخ اجرای حکم (استخدام، انتقال، انفصال، مرخصی بدون حقوق، تبدیل وضع و هر گونه وضعیتی که منجر به خروج کارمند از شمول قانون استخدامی کشور گردد.)»
- چ) گواهی کسر حق بیمه (جهت افزایش عائله و تبعی ۳)
- ح) هزینه صدور دفترچه
- خ) یک قطعه عکس جدید (۳×۴) برای سنین بالای ۲ سال

۶۲- مدارک لازم جهت صدور اولیه دفترچه بیمه سایر اقشار چه مواردی می باشد؟

- الف) تکمیل فرم بیمه نامه (ثبت تاریخ و شماره از طرف بیمه گر الزامی است).
- ب) اصل شناسنامه سرپرست
- پ) تصویر صفحه اول و دوم شناسنامه سرپرست و همسر در صورت داشتن توضیحات در شناسنامه، کپی از صفحه توضیحات الزامی است.
- ت) تصویر صفحه اول شناسنامه فرزندان در صورت داشتن توضیحات در شناسنامه، کپی از صفحه توضیحات الزامی است.
- ث) تصویر کارت ملی همه افراد متقاضی (از دو طرف)
- ج) معرفینامه کتبی از مؤسسه بیمه گزار (جهت طلاب و روحانیون)
- چ) فیش پرداخت حق بیمه (در صورت پرداخت حق بیمه از سوی بیمه گزار، ارائه فیش حق بیمه از سوی بیمه شده الزامی نمی باشد).
- ح) هزینه صدور دفترچه (طبق شرایط قرارداد)
- خ) یک قطعه عکس جدید (۳×۴) برای سنین بالای ۲ سال

۶۳- مدارک مورد نیاز جهت صدور اولیه دفترچه روستاییان چه مواردی می باشد

- الف) تکمیل فرم بیمه نامه (ثبت تاریخ و شماره از طرف بیمه گر الزامی است).
- ب) اصل شناسنامه جهت رویت و کنترل
- پ) تصویر صفحه اول و دوم شناسنامه سرپرست و همسر و تصویر صفحه اول شناسنامه افراد تبعی
- ت) تصویر کارت ملی همه افراد متقاضی (از دو طرف)
- ث) تصویر سرکوپن روستائی در صورت نیاز (با صلاحدید استان)
- ج) هزینه صدور دفترچه
- چ) ارایه یک قطعه عکس (۳×۴) برای بالاتر از ۲ سال

۶۴- مدارک لازم جهت صدور اولیه دفترچه بیمه ایرانیان چه مواردی می باشد؟

- الف) تکمیل فرم بیمه نامه

- (ب) اصل شناسنامه سرپرست و تصویر صفحات اول و دوم (در صورت توضیحات کپی از صفحه توضیحیه آخر الزامی است)
- (ت) تصویر کارت ملی (از دو طرف)
- (پ) عقد قرارداد جدید در صورت درخواست بیمه گروهی
- (ث) فیش واریزی حق بیمه
- (ج) هزینه صدور دفترچه
- (د) اسکن عکس جدید (۳×۴) برای سنین بالای ۲ سال
- (ذ) ارائه فرم عدم توان مالی در صورت درخواست بهره مندی از تخفیف

تعویض دفترچه

۶۵- مدارک لازم جهت تعویض دفترچه بیمه کارمندان دولت چه مواردی می باشد؟

- الف) آخرین فیش حقوقی یا کنترل لیست اسمی موسسه بیمه گزار
- ب) ارائه دفترچه قبلی (جهت اخذ برگ مشخصات)
- پ) فیش هزینه صدور دفترچه
- ت) یک قطعه عکس جدید (۳ × ۴) جدید در صورت نیاز برای افراد بالای ۲ سال
- ث) رویت اصل شناسنامه فرزندان اناث بالای ۱۸ سال الزامیست.

تذکره ۱: ارائه گواهی تحصیلی جهت فرزندان ذکور بالای ۲۲ سال مشمول قانون تنظیم خانواده در صورت ادامه تحصیل (در صورت عدم ادامه تحصیل پس از ۲۲ سالگی ارائه گواهی کسر حق بیمه یا درج در فیش حقوقی و تغییر لیست ارسالی از طریق اینترنتی مبنی بر پرداخت حق بیمه بصورت تبعی ۳ الزامی است).

۶۶- مدارک لازم جهت تعویض دفترچه بیمه سایر اقشار چه مواردی می باشد؟

- الف) ارائه دفترچه قبلی.
- ب) فیش هزینه صدور دفترچه (طبق شرایط قرارداد)
- پ) یک قطعه عکس جدید (۳×۴) برای سنین بالای ۲ سال سن (در صورت نیاز)
- ت) رویت اصل شناسنامه فرزندان اناث بالای ۱۸ سال الزامیست.

۶۷- مدارک مورد نیاز جهت تعویض دفترچه بیمه روستائیان چه مواردی می باشد؟

- الف) ارائه دفترچه قبلی
- ب) ارائه فیش هزینه چاپ دفترچه
- پ) یک قطعه عکس جدید (۳×۴) برای سن بالاتر از ۲ سال (در صورت نیاز)

۶۸- مدارک لازم جهت تعویض دفترچه ایرانیان چه مواردی می باشد؟

- الف) ارائه دفترچه قبلی (جهت اخذ برگ مشخصات)
- ب) ارائه یک قطعه عکس جدید ۳×۴ برای بالای ۲ سال
- ج) ارائه فیش واریز هزینه صدور دفترچه

تمدید دفترچه

۶۹- مدارک لازم جهت تمدید دفترچه بیمه کارمندان دولت چه مواردی می باشد؟

- الف) تکمیل بیمه نامه جدید
- ب) فیش هزینه صدور دفترچه
- پ) اصل شناسنامه فرزندان اناث بالای ۱۵ سال سن و ذکور بالای ۱۸ سال و ارائه گواهی تحصیلی برای فرزندان ذکور بالای ۲۲ سال (در صورت اشتغال به تحصیل).
- ت) کنترل پرداخت حق بیمه به ازاء افراد خانواده (براساس آخرین لیست یا فیش حقوقی)
- ث) تصویر شناسنامه بیمه شده اصلی و افراد تبعی
- ج) عکس جدید (۳×۴) برای افراد بالای ۲ سال سن (در صورت نیاز)

۷۰- مدارک لازم جهت تمدید دفترچه بیمه سایر اقشار چه مواردی می باشد؟

- الف) تکمیل فرم بیمه نامه (ثبت تاریخ و شماره توسط بیمه گر الزامی است).
- ب) اصل شناسنامه فرزندان اناث بالای ۱۵ سال سن ذکور بالای ۱۸ سال و ارائه گواهی تحصیلی برای فرزندان ذکور بالای ۲۲ سال در صورت اشتغال به تحصیل
- پ) تأییدیه مؤسسه بیمه گزار (در صورت تمدید قرارداد)
- ت) فیش هزینه صدور دفترچه
- ث) فیش پرداخت حق بیمه در صورت پرداخت از طرف بیمه شده
- ج) عکس جدید (۳×۴) برای افراد بالای ۲ سال سن (در صورت نیاز)

۷۱- مدارک مورد نیاز جهت تمدید دفترچه روستاییان چه مواردی می باشد؟

- الف) تکمیل فرم بیمه نامه (ثبت تاریخ و شماره توسط بیمه گر الزامی است).
- ب) فیش هزینه چاپ دفترچه
- پ) عکس (۳×۴) جدید برای سن بالای ۲ سال (در صورت نیاز)
- ت) تأیید خانه بهداشت یا اداره امور عشایر

صدور المثنی

۷۲- چه کسانی مشمول مدت انتظار جهت دریافت دفترچه المثنی نمی باشند؟

بیماران خاص ، بیماران اورژانسی و بیمه شدگان بالای ۷۰ سال سن

۷۳- چه حوادثی مشمول تحمل مدت انتظار نمی شود؟

حوادث قهریه از قبیل سیل، زلزله، آتش سوزی و ... و نیز سرقت مشمول تحمل مدت انتظار نمی شوند. (تأییدیه مراجع ذیصلاح برای هر یک از موارد مذکور الزامیست)

۷۴- مدارک لازم جهت صدور المثنی دفترچه بیمه کارمندان دولت چه مواردی می باشد؟

الف) تکمیل فرم صدور دفترچه المثنی

ب) اصل یا کپی کارت ملی جهت رؤیت و کنترل

پ) فیش هزینه صدور دفترچه

ث) عکس جدید (۳×۴) برای سنین بالای ۲ سال

ج) کنترل پرداخت حق بیمه به ازاء افراد خانوار (براساس آخرین لیست یا فیش حقوقی)

۷۵- مدارک لازم جهت صدور المثنی دفترچه بیمه سایر اقشار چه مواردی می باشد؟

الف) تکمیل فرم صدور دفترچه المثنی

ب) ارائه اصل یا کپی کارت ملی جهت رؤیت و کنترل

پ) فیش هزینه صدور دفترچه (طبق شرایط قرارداد)

ت) عکس جدید (۳×۴) برای سنین بالای ۲ سال

۷۶- مدارک لازم جهت صدور المثنی دفترچه بیمه روستاییان چه مواردی می باشد؟

الف) تکمیل فرم صدور دفترچه المثنی

ب) ارائه اصل یا کپی کارت ملی جهت رؤیت و کنترل

پ) فیش واریزی هزینه صدور دفترچه

ت) عکس جدید ۳×۴ سالجاری برای سنین بالای ۲ سال

۷۷- مدارک لازم جهت صدور المثنی دفترچه بیمه ایرانیان چه مواردی می باشد؟

الف) تکمیل فرم صدور دفترچه المثنی

ب) اصل یا کپی کارت ملی جهت رؤیت و کنترل

ج) فیش هزینه صدور دفترچه

د) عکس جدید (۳×۴) برای سنین بالای ۲ سال

ابطال

۷۸- در صورت عدم تحویل دفترچه دارای اعتبار (آخرین دفترچه) چه اقدامی از طرف سازمانهای بیمه گر انجام می شود؟

اخذ تعهد از بیمه شدگان مبنی بر عدم سوء استفاده از دفترچه بیمه الزامی است(در صورت وجود مؤسسه بیمه گزار اخذ تاییدیه از آن لازم است)

۷۹- مدارک لازم جهت ابطال بیمه کارکنان دولت چه مواردی می باشد؟

الف) نامه مکتوب از اداره محل خدمت و اعلام علت ابطال (علت منطبق با ضوابط و قوانین) الف
ب) ارائه آخرین دفترچه بیمه که دارای تاریخ اعتبار می باشد.
ج) کنترل پرداخت حق بیمه به ازاء افراد خانوار (براساس آخرین لیست یا فیش حقوقی)

۸۰- مدارک لازم جهت ابطال دفترچه بیمه سایر اقشار چه مواردی می باشد؟

الف) ارائه نامه مکتوب از مؤسسه بیمه گزار و اعلام علت ابطال (علت منطبق با قوانین و ضوابط)
ب) ارائه دفترچه بیمه که دارای تاریخ اعتبار می باشد.

۸۱- مدارک لازم جهت ابطال دفترچه بیمه ایرانیان چه مواردی می باشد؟

الف) درخواست کتبی از طرف بیمه شده مبنی بر اعلام علت ابطال (علت منطبق با ضوابط و قوانین)
ب) ارائه آخرین دفترچه بیمه که دارای تاریخ اعتبار می باشد.

۸۲- مدارک مورد نیاز جهت ابطال دفترچه بیمه روستاییان چه مواردی می باشد؟

الف) درخواست کتبی بیمه شده درخصوص ابطال (علت منطبق با قوانین و ضوابط)
ب) ارائه دفترچه بیمه دارای اعتبار
ج) اعلام مرکز بهداشتی روستایی مبنی بر تغییر محل سکونت روستایی یا فوت یا اعلام و تأیید اداره امور عشایر استان

بیماران خاص

۸۳- بیماران خاص چه بیماری هستند؟

بیماران خاص شامل بیماریهای ذیل می باشد:

۱- تالاسمی ۲- دیالیز ۳- هموفیلی ۴- پیوند کلیه ۵- ام اس (MS)

۸۴- مدارک مورد نیاز جهت تشکیل پرونده بیماران خاص کدام است؟

۱. اصل و کپی کارت ملی بیمار (پشت و رو)
۲. اصل و کپی شناسنامه بیمار (برگ اول و دوم)
۳. یک قطعه عکس ۳*۴
۴. فرم تکمیل و تأیید شده ابتلاء به بیماران خاص توسط پزشک معالج متخصص
۵. فرم ثبت نام اطلاعات بیماران خاص که توسط بیمار تکمیل می شود
۶. اصل و کپی کارت انجمن های متولی بیماران خاص (مانند انجمن بیماران کلیوی)
۷. اصل دفترچه بیمه بیمار و کپی سربرگ دفترچه (در صورت داشتن دفترچه بیمه قبلی)
۸. در مورد بیماران MS به همراه داشتن یکی از مدارک زیر الزامی است
- ۸.۱. اصل و کپی جواب MRI که نشان دهنده demyelination می باشد.
- ۸.۲. آزمایشات غیر طبیعی (EP) سنجش بینائی یا شنوائی یا حرکتی.
- ۸.۳. جواب آزمایش مغزی ، نخاعی که نشان دهنده افزایش سطح IGG باشد.

۸۵- تشکیل پرونده بیماری خاص به چه منظوری می باشد؟

جهت دریافت دفترچه بیماری خاص و دارو می باشد

۸۶- تعویض و تمدید دفترچه بیمه بیماران خاص در کجا انجام می گیرد؟

در دفتر پیشخوان دولت یا اداره کل بیمه سلامت استان / شهرستان صورت می گیرد.

۸۷- بیماران دیالیزی که پیوند کلیه نموده اند چه اقدامی جهت دریافت داروهای پیوند کلیه باید انجام دهند؟

بیماران دیالیزی که عمل پیوند کلیه انجام داده اند، جهت اصلاح نوع بیماری در دفترچه و دارو با در دست داشتن دفترچه بیمه و مدارک عمل پیوند (شرح عمل) و یا معرفی نامه معاونت درمان دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و یا کارت پیوند از انجمن بیماران کلیوی به ادارات کل بیمه سلامت مراجعه نمایند.

۸۸- آیا در صورت عدم اصلاح کارت و دفترچه، داروهای مربوط به بیماران پیوند کلیه توسط داروخانه قابل تحویل

خواهد بود؟

خیر

۸۹- بیمارانی که پیوند کلیه نموده اند اما به دلیل عوارض پیوند نیازمند آغاز مجدد دیالیز می باشند چه مدارکی باید

برای دیالیز مجدد ارائه نمایند و به کجا مراجعه نمایند؟

با در دست داشتن دفترچه بیمه و کارت هوشمند دارو و مدارک دال بر دیالیز مجدد (مانند گواهی پزشک م تخصص، گواهی انجمن بیماران کلیوی ، کارت دیالیز جدید) به ادارات کل بیمه سلامت مراجعه نمایند

۹۰- مدارک لازم جهت صدور المثنی بیماران خاص چه مواردی می باشد؟

الف) تکمیل فرم صدور دفترچه / کارت المثنی

ب) ارائه اصل یا کپی کارت ملی جهت رویت و کنترل

پ) ارائه یک قطعه عکس ۳×۴ برای بالای ۲ سال

ت) فیش هزینه صدور دفترچه

ث) واریز هزینه صدور دفترچه المثنی

حق بیمه

۹۱- حق بیمه دانشجویان به چه صورتی می باشد؟

پرداخت ۵۰٪ حق بیمه سهم دانشجویان دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و همسر و فرزندان آنان با رعایت ماده ۱ قانون تنظیم خانواده و جمعیت در زمان تحصیل توسط دولت و ۵۰٪ باقیمانده برای آن عده از دانشجویانی که توان پرداخت آنها ندارند از طریق صندوق رفاه دانشجویان صورت میگیرد. جهت دانشجویان دوره های PHD و دکترای تخصصی پرداخت ۵۰٪ باقیمانده را راساً تقبل می کنند.

۹۲- حق بیمه روحانیون و طلاب حوزه های علمیه به چه صورتی می باشد؟

مطابق با قانون بیمه همگانی حق بیمه طلاب علوم دینی و روحانیون، همسر و فرزندان تحت تکفل آنها با رعایت ماده ۱ قانون تنظیم خانواده و جمعیت بر عهده بیمه گزار می باشد و در صورت معرفی فرد از سوی مرکز خدمات حوزه علمیه قم و پرداخت حق بیمه، دفترچه بیمه صادر می-گردد.

۹۳- در حال حاضر یک خانواده روستائی جهت دریافت دفترچه بیمه باید چقدر حق بیمه پرداخت نماید؟

حق بیمه ای پرداخت نمی شود

۹۴- حق بیمه فرزندان شهدای معظم چگونه می باشد؟

به استناد بند الف ماده ۴۴ قانون برنامه ۵ ساله پنجم توسعه، دستگاههای اجرایی ملزم به اقدام همانند حق بیمه جانبازان محترم می باشند.

۹۵- حق بیمه بیمه ایرانیان چقدر می باشد؟

حق بیمه قابل پرداخت جهت هر فرد در هر سال براساس نرخ مصوب هیأت محترم وزیران در همان سال تعیین می گردد. در حال حاضر در سال ۹۴ ۵۰٪ حق بیمه سرانه مصوب توسط دولت پرداخت می گردد و از ۵۰٪ باقیمانده تا ۳۵٪ در صورت تشخیص نیازمندی افراد توسط کمیته امداد امام خمینی (ره)، سازمان بهزیستی و یا ادارات کل بیمه سلامت استانها، بعنوان تخفیف به افراد فاقد تمکن مالی تعلق می گیرد که در اینصورت متقاضیان ملزم به پرداخت حداقل ۱۵٪ از حق بیمه سرانه می باشند و برای بیمه شدگان دفترچه بیمه ای با تاریخ اعتبار یکساله صادر می شود.

سوالات تعرفه های خدمات سلامت

۱- ویزیت پزشکان و کارشناسان پروانه دار در بخش سرپایی دولتی در سال ۹۵ چگونه می باشد؟

- | | |
|---|----------------|
| ۱- ویزیت پزشکان، دندانپزشکان عمومی و PhD پروانه دار | ریال (۱۰۶,۰۰۰) |
| ۲- ویزیت پزشکان، دندانپزشکان متخصص و MD-PhD | ریال (۱۳۳,۰۰۰) |
| ۳- ویزیت پزشکان فوق تخصص، فلوشیپ و روانپزشکان | ریال (۱۶۰,۰۰۰) |
| ۴- ویزیت پزشکان فوق تخصص روانپزشک | ریال (۱۹۰,۰۰۰) |
| ۵- کارشناس ارشد پروانه دار | ریال (۹۰,۰۰۰) |
| ۶- کارشناس پروانه دار | ریال (۷۳,۵۰۰) |

۲- ضریب تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی دندانپزشکی در بخش دولتی در سال ۹۵ چقدر می باشد؟
(۵,۲۰۰) ریال

۳- آیا مراکز درمانی حق ارجاع بیماران جهت تهیه دارو و تجهیزات پزشکی به بیرون از مراکز را دارند؟
خیر

۴- تعرفه ویزیت پزشکان و کارشناسان پروانه دار در بخش سرپایی خصوصی در سال ۱۳۹۵ چقدر می باشد؟

- | | |
|---|----------------|
| ۱- ویزیت پزشکان، دندانپزشکان عمومی و PhD پروانه دار | ریال (۳۲۰,۰۰۰) |
| ۲- ویزیت پزشکان، دندانپزشکان متخصص و MD-PhD | ریال (۳۴۵,۰۰۰) |
| ۳- ویزیت پزشکان فوق تخصص، فلوشیپ و روانپزشکان | ریال (۴۳۰,۰۰۰) |
| ۴- ویزیت پزشکان فوق تخصص روانپزشک | ریال (۴۹۰,۰۰۰) |
| ۵- کارشناس ارشد پروانه دار | ریال (۱۸۵,۰۰۰) |
| ۶- کارشناس پروانه دار | ریال (۱۶۰,۰۰۰) |

۵- متوسط زمان ویزیت برای پزشکان عمومی، متخصص، فوق تخصص و روانپزشکان چند دقیقه می باشد؟
متوسط زمان ویزیت برای پزشکان عمومی حداقل پانزده دقیقه، برای پزشکان متخصص حداقل بیست دقیقه و برای پزشکان فوق تخصص بیست و پنج دقیقه و روانپزشکان حداقل سی دقیقه تعیین می شود.

۶- پزشکان عمومی با سابقه بیش از پانزده سال کار بالینی، مجاز به دریافت چند درصد علاوه بر تعرفه مصوب می باشند؟
مجاز به دریافت معادل پانزده درصد علاوه بر تعرفه مصوب می باشند

۷- سقف ضرایب تعرفه های دندانپزشکی در بخش خصوصی در سال ۹۵ چقدر می باشد؟

- | | |
|--------------------------|---------------|
| ۱- ضریب تعرفه دندانپزشکی | ریال (۱۲,۰۰۰) |
|--------------------------|---------------|

۸- هزینه اقامت در بیمارستانهای بخش دولتی (ارقام به ریال) در سال ۹۵ چگونه است؟

نوع تخت	یک تختی	دوتختی	سه تختی و بیشتر	هزینه همراه	نوزاد سالم	نوزاد بیمار سطح دوم	تخت بیمار سوختگی	تخت بیمار روانی	تخت بخش Post CCU	تخت بخش C.C.U	تخت بخش ICU جنرال، Ped ICU و RICU, N.I.C.U	تخت بخش BICU
یک	۲,۶۶۴	۱,۹۹۸	۱,۳۳۲	۳۰۰	۶۶۶	۹۳۲	۴,۷۰۲	۱,۳۳۲	۲,۴۲۴	۳,۰۹۰	۶,۱۸۰	۶,۷۹۷
دو	۲,۱۳۱	۱,۵۹۸	۱,۰۶۶	۲۴۰	۵۳۳	۷۴۶	۳,۷۶۲	۱,۰۶۶	۱,۹۳۹	۲,۴۷۲	۴,۹۴۴	۵,۴۳۸
سه	۱,۵۹۸	۱,۱۹۹	۷۹۹	۱۸۰	۴۰۰	۵۵۹	۲,۸۲۱	۷۹۹	۱,۴۵۴	۱,۸۵۴	۳,۷۰۸	۴,۰۷۸
چهار	۱,۰۶۶	۷۹۹	۵۳۳	۱۲۰	۲۶۶	۳۷۳	۱,۸۸۱	۵۳۳	۹۷۰	۱,۳۳۶	۲,۴۷۲	۲,۷۱۹

۹- تعرفه هتلینگ برای کلیه بیمارستان های وابسته به نهادهای عمومی غیر دولتی، مراکز خیریه و مراکز دولتی غیر دانشگاهی در سال ۱۳۹۵، چگونه می باشد

نوع تخت	یک تختی	دوتختی	سه تختی و بیشتر	هزینه همراه	نوزاد سالم	نوزاد بیمار سطح دوم	تخت بیمار سوختگی	تخت بیمار روانی	تخت بخش CCU Post	تخت بخش C.C.U	تخت بخش ICU جنرال، Ped ICU و RICU, N.I.C.U	تخت بخش BICU
یک	۳,۴۷۴	۲,۷۰۲	۱,۹۳۰	۳۸۶	۱,۱۵۸	۱,۵۴۴	۵,۷۹۰	۱,۹۳۰	۳,۴۷۴	۴,۴۳۹	۷,۷۲۰	۸,۶۸۵
دو	۲,۷۷۹	۲,۱۶۲	۱,۵۴۴	۳۰۹	۹۲۶	۱,۲۳۵	۴,۶۳۲	۱,۵۴۴	۲,۷۷۹	۳,۵۵۱	۶,۱۷۶	۶,۹۴۸
سه	۲,۰۸۴	۱,۶۲۱	۱,۱۵۸	۲۳۲	۶۹۵	۹۲۶	۳,۴۷۴	۱,۱۵۸	۲,۰۸۴	۲,۶۶۳	۴,۶۳۲	۵,۲۱۱
چهار	۱,۳۹۰	۱,۰۸۱	۷۷۲	۱۵۴	۴۶۳	۶۱۸	۲,۳۱۶	۷۷۲	۱,۳۹۰	۱,۷۷۶	۳,۰۸۸	۳,۴۷۴

۱۰- سقف تعرفه های هزینه اقامت (هتلینگ) در بخش خصوصی در سال ۹۵ چقدر می باشد؟

تخت BICU	تخت بخش I.C.U Ped ICU و N.I.C.U RICU	تخت بخش C.C. U	تخت بخش POST C.C.U	تخت بیمار روانی	تخت بیمار سوخنگی	نوزاد بیمار سطح دوم	نوزاد سالم	تخت همراه	سه بخشی و بیشتر	دو تختی	یک تختی	درجه ارزشیابی بیمارستان
۱۴,۴۰۰	۱۲,۹۶۰	۸,۲۸۰	۶,۴۸۰	۳,۶۰۰	۱۰,۸۰۰	۳,۶۰۰	۲,۵۲۰	۷۲۰	۳,۶۰۰	۵,۰۴۰	۶,۴۸۰	یک
۱۱,۵۲۰	۱۰,۳۶۸	۶,۶۲۴	۵,۱۸۴	۲,۸۸۰	۸,۶۴۰	۲,۸۸۰	۲,۰۱۶	۵۷۶	۲,۸۸۰	۴,۰۳۲	۵,۱۸۴	دو
۸,۶۴۰	۷,۷۷۶	۴,۹۶۸	۳,۸۸۸	۲,۱۶۰	۶,۴۸۰	۲,۱۶۰	۱,۵۱۲	۴۳۲	۲,۱۶۰	۳,۰۲۴	۳,۸۸۸	سه
۵,۷۶۰	۵,۱۸۴	۳,۳۱۲	۲,۵۹۲	۱,۴۴۰	۴,۳۲۰	۱,۴۴۰	۱,۰۰۸	۲۸۸	۱,۴۴۰	۲,۰۱۶	۲,۵۹۲	چهار

۱۱- سهم سازمان های بیمه گر پایه در خرید خدمات تشخیصی و درمانی از بخش خصوصی در سال ۱۳۹۵ چگونه می باشد؟

- الف - معادل نود درصد تعرفه دولتی خدمات تشخیصی و درمانی در بخش بستری.
ب - معادل هفتاد درصد تعرفه دولتی خدمات تشخیصی و درمانی در بخش سرپایی.

۱۲- کدام خدمات دندانپزشکی در تعهد بیمه سلامت می باشد و تعرفه های خدمات چقدر می باشد؟

ریال	$۶۳۰۰۰+۹۲۰۰۰=۱۵۵۰۰۰$	آموزش بهداشت	۱
ریال	$۷۵۶۸۰+۹۲۰۰۰=۱۶۷۶۸۰$	رادیوگرافی پری اپیکال یا بایت (همراه ویزیت)	۲
ریال	۱۸۴۵۰۰	کشیدن دندان قدامی (شیری و دائمی)	۳
ریال	۲۰۲۵۰۰	کشیدن دندان خلفی (شیری و دائمی)	۴
ریال	۲۴۷۵۰۰	کشیدن دندان عقل معمولی	۵
ریال	۳۴۲۰۰۰	جرم گیری و بروساژ کامل یک فک	۶
ریال	۱۵۷۵۰۰	پروفیلدکسی و فلورایدتراپی در فک	۷
ریال	۱۹۸۰۰۰	فیشورسیلانت دندان	۸
ریال	۳۱۹۵۰۰	ترمیم یک سطحی یا کلاس ۵ آمالگام	۹
ریال	۴۳۶۵۰۰	ترمیم دو سطحی آمالگام	۱۰
ریال	۴۸۶۰۰۰	ترمیم سه سطحی آمالگام	۱۱
ریال	۲۸۸۰۰۰	ترمیم اچ شیمیایی یک سطحی	۱۲
ریال	۳۴۲۰۰۰	ترمیم اچ شیمیایی دو سطحی	۱۳
ریال	۳۸۷۰۰۰	ترمیم اچ شیمیایی سه سطحی	۱۴
ریال	۳۵۱۰۰۰	اچ نوری یک سطحی	۱۵
ریال	۴۶۸۰۰۰	اچ نوری دو سطحی	۱۶
ریال	۵۶۷۰۰۰	اچ نوری سه سطحی	۱۷
ریال	$۹۰۰۰۰+۹۲۰۰۰=۱۸۲۰۰۰$	وارنیش فلوراید دو فک	۱۸

ریال	۹۲۰۰۰	حق ویزیت دندانپزشک عمومی	۱۹
ریال	۱۱۵۰۰۰	حق ویزیت دندانپزشک متخصص	۲۰

- تبصره ۱: جراحی نسج نرم و سخت در تعهد سازمان نمی باشد.
- تبصره ۲: حداکثر در یک جلسه هزینه خارج کردن سه دندان قابل پرداخت است.
- تبصره ۳: آموزش بهداشت در سن زیر ۱۴ سال قابل پرداخت می باشد.
- تبصره ۴: در صورت ویزیت شدن همزمان با آموزش بهداشت و وارنیش فلوراید و رادیوگرافی ویزیت نیز قابل پرداخت است لیکن انجام همزمان آن با سایر خدمات قابل پرداخت نمی باشد.
- تبصره ۵: فیشور سیلانت دندان شماره ۶ تا سه سال بعد از رویش دندان و صرفاً یک بار برای کودکان زیر ۱۴ سال قابل پرداخت می باشد.
- تبصره ۶: جرم گیری و بروساژ یک بار در سال برای هر فرد قابل پرداخت می باشد.
- تبصره ۷: پروفیلاکسی و فلورایدتراپی هر فک یک بار در سال برای هر فرد قابل پرداخت می باشد.
- تبصره ۸: وارنیش فلوراید دو فک دوبار در سال برای کودکان زیر ۱۴ سال قابل پرداخت می باشد.
- تبصره ۹: ترمیم آمالگام و اچ شیمیایی به طور همزمان قابل پرداخت نمی باشد.
- تبصره ۱۰: کلیه خدمات ترمیمی تنها به دندان شماره ۶ و جهت کودکان ۱۴-۶ سال تعلق می گیرد.
- تبصره ۱۱: درج آدرس و شماره تلفن در پشت نسخ جرم گیری و ترمیم ها الزامی است.

۱۳- سهم پرداختی بیماران (فرانشیز) بستری و بستری موقت در قالب نظام ارجاع چقدر می باشد

معادل سه درصد و برای سایر بیمه شدگان معادل شش درصد تعیین می گردد

۱۴- سهم پرداختی بیماران (فرانشیز) بستری و بستری موقت برای دارو و لوازم پزشکی چقدر می باشد

کمافی السابق به ترتیب معادل پنج درصد و ده درصد خواهد بود.

۱۵- سهم پرداختی بیماران (فرانشیز) در بخش سرپایی در خدمات پاراکلینیک (موضوع کدهای ۷ و ۸ کتاب ارزش

نسبی خدمات و مراقبت های سلامت) چقدر می باشد

معادل بیست درصد و برای سایر خدمات تشخیصی و درمانی سرپایی (سایر کدهای کتاب یاد شده) معادل پانزده درصد تعیین می شود.

سوالات اسناد بستری

۱-فرانشیز چیست؟

قسمتی از هزینه درمان است که بیمه شده باید در زمان دریافت خدمات درمانی پرداخت نماید.

۲- تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی بر چه اساسی تعیین می شود؟

براساس قیمت‌های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان مدیریت و برنامه ریزی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورایی عالی بیمه خدمات درمانی به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

۳- حداقل شمول وسطح خدمات پزشکی و دارو که انجام ارائه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمانهای بیمه‌گر قرار می گیرد و لیست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه های مضاعف (مکمل) می باشد چگونه تعیین می شود؟

به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورایی عالی و تصویب هیئت وزیران تعیین و اعلام می شود.

۴- فهرست خدمات فوق تخصصی مشمول بیمه های مضاعف (مکمل) چه مواردی می باشد؟

- ۱ - خدمات جراحیهای زیبایی.
- ۲ - پیوند دست، پا و انگشتان (به استثنای موارد اورژانس)، پیوند قلب، مغز و استخوان و کبد.
- ۳ - کاشت حلزون شنوایی و اسفنکتر مصنوعی مثانه.
- ۴ - خدمات اعمال نازایی مانند ZIFT, GIFT, IVF و INFERTILITY مردان.
- ۵ - حوادث ناشی از کار به جز مواردی که به عهده کارفرماست، مشمول بیمه سلامت است.
- ۶ - استئو آرتریت اولیه و ثانویه -AVN

۵- در صورتیکه قیمت داروی تجویز شده بالاتر از سقف تعیین شده باشد نیاز به تایید کدام مرکز می باشد؟ کلیه داروخانه ها دارای تایید اینترنتی می باشند (در صورت داشتن پرونده بالاتر از سقف تایید با شرط تشکیل پرونده نیز توسط داروخانه تایید می شود)

۶- مدارک مورد نیاز جهت تایید نسخ دارویی در صورت بستری مدارکی می باشد؟

- کپی یا اصل برگ شرح حال بیمار
- کپی یا اصل برگ دستورات پزشک از پرونده بالینی بیمار (به تاریخ روز)
- اصل شناسنامه بیمار
- جواب آزمایشات مربوطه-
- جواب پاتولوژی در بدخیمی ها
- تایید فرم داروهای پرونده ای توسط پزشک

۷- مدارک مورد نیاز جهت تایید داروهای شیمی درمانی چه مدارکی می باشد؟

- اصل گزارش پاتولوژی (نمونه برداری) بیمار در مرتبه اول مراجعه

- اصل شناسنامه بیمار
- فرم پر شده معرفی نامه (پروتکل) شیمی درمانی توسط پزشک معالج
- MRI CT جواب

۸- مدارک مورد نیاز جهت تایید سایر داروها چه مدارکی می باشد؟

بسته به نوع داروی تجویز شده و بیماری مدارک زیر مورد نیاز می باشد

- اصل جواب آزمایش های بیمار
- اصل گزارش رادیولوژی MRI و CT بیمه شده
- خلاصه پرونده پزشکی یا گزارش عمل جراحی
- شناسنامه بیمار
- سونوگرافی
- فرم های پرونده ای

۹- آیا نسخ مربوط به سنگ شکنی نیاز به تایید اداره کل بیمه سلامت دارد؟

بله دارد

۱۰- مدارک مورد نیاز جهت تایید نسخ زنتیک چه مدارکی می باشد؟

- درخواست پزشک متخصص
- علت درخواست پزشک متخصص
- ارائه آزمایشات و سایر اقدامات پاراکلینیک مرتبط

۱۱- مدارک مورد نیاز جهت تایید تراکم استخوان چه مدارکی می باشد؟

مدارک دال برپوکی استخوان اعم از رادیوگرافی یا سنجش تراکم استخوان که قبلا توسط بیمار انجام شده باشد. سابقه مصرف داروهایی مانند کورتیکو استروئید، داروهای ضد تشنج، مصرف لووتیروکسین، درمان با آنتی کوآگولان ها، شیمی درمانی، یائسگی زود رس قبل از ۴۵ سال (مدارک نشاندهنده) سابقه بیماریهای زمینه ای مانند هیپر پاراتیروئیدیسم اولیه، تیرو توکسیکوز، آرتریت روماتوئید، پرولاکتینوما، هیپرکورتیزونیسم، هیپو گنادیسم اولیه، بیماری نورولوژیک مزمن، پیوند اعضا، دیابت تیب ۱، بیماریهای ریوی انسدادی مزمن

۱۲- داروی بوتاکس در چه شرایطی توسط بیمه قابل محاسبه می باشد؟

داشتن اندیکاسیون بیماری طبق بخشنامه تنها در موارد بیماریها و با ارائه مدارک و حضور بیمار در اداره کل قابل تایید می باشد (بر اساس آخرین دستورالعملها)

۱۳- سازمان بیمه سلامت موظف به پرداخت چند درصد هزینه داروهای مورد تعهد می باشد؟

بین ۷۰ تا ۱۰۰ درصد داروها در صورت تعهد سازمان

۱۴- بیمه شدگان روستایی جهت تایید نسخ دارویی باید به کجا مراجعه نمایند؟

عمدتا تایید داروها به صورت اینترنتی و در برخی موارد خاص به واحد تایید داروی ادارات کل یا ادارات بیمه شهرستانی مراجعه نمایند

۱۵- جهت تایید داروی هورمون رشد به کجا و چه مدارکی لازم است؟

واحد تایید دارویاداره کل بیمه سلامت و مدارک مورد نیاز:

- جواب گرافی مچ دست
- آزمایش هورمونی غدد هیپوتالاموس، هورمون رشد و تیروئید
- تکمیل فرم هورمون رشد توسط پزشک معالج
- شناسنامه بیمار

۱۶-۱ یا پروتزه‌های استفاده شده در اعمال جراحی باید توسط بیمار خریداری شود؟

خیر با اجرای طرح تحول سلامت مراکز دولتی ملزم به تهیه پروتز می باشد

۱۷- پرداخت هزینه اقدامات درمانی که برای درمان بیماریهایی انجام می شود که یکی از عوارض جانبی آنها نازایی

است، اعم از جراحی و طبی چگونه می باشد؟

بلا مانع بوده و منحصرأ اقدامات درمانی پرهزینه که معمولاً در نازایی های بدون علت مشخص، انجام می پذیرد مثل GIFT, ZIFT, IVF میکرووانژکسیون و ... در تعهد نمی باشد.

۱۸- هزینه بازکردن لوله ها برای برگشت قدرت باروری در افرادی که قبلاً عقیم شده اند در چه صورتی قابل پرداخت

می باشد؟

مطابق تعرفه در صورت فوت فرزند و یا ازدواج مجدد قابل پرداخت می باشد.

با ارائه مدارک مربوطه

۱۹- بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه سلامت چند دسته هستند؟

- ۱ - بیمارستانهای دولتی دانشگاهی که وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی سطح کشور
- ۲ - بیمارستانهای دولتی غیر دانشگاهی - وعمومی غیر دولتی
- ۳ - بیمارستانهای خصوصی و خیریه که وابستگی آنها به بخش خصوصی و یا ارگانها و بنیادهای خیریه بوده و مجاز به دریافت تعرفه های مصوب بخش خصوصی می باشند

۲۰- بیشترین طرف قرارداد سازمانهای بیمه گر با کدام بیمارستانها می باشد؟

بیمارستانهای دولتی دانشگاهی

۲۱- بیمارستانهای دولتی دانشگاهی طرف قرارداد بیمه علاوه بر ارائه خدمات به بیمه شدگان چه اقدامات دیگر انجام

می دهند؟

اقدام به آموزش دانشجویان و دستیاران رشتههای مختلف پزشکی و پیراپزشکی می نمایند.

۲۲- تعرفه خدمات درمانی بیمارستانهای دولتی دانشگاهی بر چه مبنایی است

تعرفه دولتی

۲۳- آیا بیمارستانهای دولتی دانشگاهی موظف به پرداخت مالیات می باشد؟

خیر

۲۴- پزشکان شاغل در مراکز دولتی دانشگاهی چه دسته‌ای از پزشکان هستند؟
اعضاء هیئت علمی دانشگاههای علوم پزشکی و پزشکان غیر هیئت علمی شاغل در مراکز دولتی دانشگاهی

۲۵- تعرفه بیمارستانهای دولتی غیر دانشگاهی بر چه مبنایی می باشد؟

تعرفه های مصوب بخش دولتی

۲۶- آیا سازمان موظف به عقد قرارداد با تمام بیمارستانهای دولتی غیر دانشگاهی می باشد؟
خیر- سازمان حسب سیاست های خود نسبت به عقد قرارداد با این مراکز به صورت موردی یا در چهارچوب سازمانی اقدام می نمایند

۲۷- آیا مراکز دولتی غیر دانشگاهی موظف به پرداخت مالیات می باشد؟

خیر

۲۸- تعرفه بیمارستانهای خصوصی و خیریه بر چه مبنایی می باشد؟

تعرفه های مصوب بخش دولتی

۲۹- آیا سازمان بیمه سلامت با بیمارستانهای خصوصی قرارداد بیمه منعقد می کند؟
سازمان حسب سیاست های خود نسبت به عقد قرارداد با این مراکز به صورت موردی یا در چهارچوب سازمانی اقدام می نمایند

۳۰- ملاک پرداخت سازمان بیمه سلامت در بیمارستانهای خصوصی بر چه مبنایی می باشد؟

ملاک پرداخت سازمان همچنان تعرفه دولتی می باشد

۳۱- آیا اخذ مابه التفاوت هزینه درمانی در بیمارستانهای خصوصی از بیمه شدگان قانونی می باشد؟
اخذ مابه التفاوت براساس مصوبه هیئت وزیران و مفاد قرارداد تعرفه های دولتی و خصوصی از بیمه شدگان در این مراکز قانونی می باشد

۳۲- آیا بیمارستانهای خصوصی موظف به پرداخت مالیات می باشد؟

بله

۳۳- مراکز درمانی بیمارستانی مجاز به ارائه چه خدماتی هستند؟

- بستری دائم

- بستری موقت

- سرپایی

۳۴- خدمات سرپایی بیمارستان به چه صورتی می باشد؟

- اورژانس

- درمانگاه تخصصی

- داروخانه

- پاراکلینیک

۳۵- در چه خدمات بیمارستانی پرونده بالینی و صورت حساب بیمارستانی تشکیل می شود؟

- بستری دائم- بستری موقت

۳۶- آیا در خدمات سرپایی بیمارستانی از دفترچه بیمه استفاده می شود؟

بله

۳۷- سهم پرداختی بیمار در صورت بستری دائم در بیمارستان های دانشگاهی از کل صورت حساب بیمارستانی چند در

صد می باشد؟

سهم پرداختی بیمار از مبلغ کل صورت حساب در کلیه صندوقها ۶ در صد و در روستائیان (با رعایت سیستم ارجاع) ۳ در صد می باشد.

۳۸- سهم پرداختی بیمار در خدمات سرپایی در بیمارستان از کل صورت حساب بیمارستانی چند در صد می باشد؟

سهم پرداختی بیمار از مبلغ کل صورت حساب در کلیه صندوقها ۳۰ در صد می باشد.

۳۹- سهم پرداختی بیمار در خدمات بستری موقت در بیمارستان از کل صورت حساب بیمارستانی چند در صد می باشد؟

سهم پرداختی بیمار از مبلغ کل صورت حساب در خدمات بستری موقت (زیر ۶ ساعت) در کلیه صندوقها ۳۰ در صد می باشد.

۴۰- آیا در بیمارستانهای طرف قرارداد نماینده سازمان بیمه حضور دارد؟

بله

۴۱- نماینده مقیم بیمارستان سازمان بیمه چه وظایفی دارد؟

۱ - بیمه گری

۲ - رسیدگی به اسناد پزشکی

۳ - نظارت

۴۲- بیمه شدگان جهت رسیدگی به اسناد پزشکی در بیمارستان باید به کجا مراجعه نمایند؟

به نماینده مقیم بیمارستان سازمان بیمه که در بیمارستان مستقر می باشد

۴۳- کنترل حضور مسئولین فنی بیمه در بخش های مختلف بیمارستانی برعهده چه کسی می باشد؟

نماینده مقیم بیمارستان سازمان بیمه

۴۴- کنترل بخشهای مختلف بیمارستانی و سر پایی از نظر ارائه خدمات درمانی برعهده چه کسی از اعضای سازمان

بیمه می باشد؟

نماینده مقیم بیمارستان سازمان بیمه

۴۵- فرانشیز خدمات بستری به بیماران خاص که صرفاً در خصوص بیماری خودشان باشد چه میزان است؟
رایگان

۴۶- مشخصات سند بستری بیمارستانی دارای چه مدارکی می باشد؟

- برگه صورتحساب یا معرفی نامه بیمارستانی (فرم پیوست)
- اسناد مثبت

۴۷- اسناد مثبت دارای چه مدارکی می باشد؟

- دستور بستری با تشخیص اولیه ممه‌ور به مهر و امضاء پزشک. و دستور بستری در برگ دفترچه به جز موارد اورژانس
- فتوکپی صفحه اول دفترچه بیمه بیمار الزامی می باشد.
- برگه معرفی نامه و صورتحساب که به تایید نماینده بیمه رسیده ممه‌ور به مهر و امضاء پزشک معالج و مهر و امضاء بیمارستان بر روی (صورتحساب) انتهای برگ پذیرش و خلاصه ترخیص (پس از ادغام فرمهای خلاصه ترخیص و صورتحساب کلمه صورتحساب حذف می شود).
- برگه شرح عمل در رابطه با مواردی که جراحی صورت پذیرفته است (فتوکپی یا نسخه دوم)
- وجود گزارش آسیب شناسی (تصویر یا نسخه دوم به تایید بیمارستان) و یا درخواست و یا تصویر رسید نمونه توسط آزمایشگاه به تایید بیمارستان.
- تصویر برابر اصل یک نسخه فا کتور خرید تجهیزات بیمارستانی خریداری شده در صورتحساب ارسالی هر ماه (به دستورالعمل دارو و تجهیزات در این زمینه دقت گردد)
- نسخه دارویی تجویز شده توسط پزشک با قیمت گذاری ممه‌ور به مهر پزشک و با تایید مسئول فنی داروخانه یا رئیس بیمارستان و تایید کارشناس بیمه یا لیست دارویی تایید شده قیمت گذاری شده ممه‌ور به مهر مسئول فنی داروخانه و داروخانه و یا رئیس بیمارستان و تایید کارشناس.
- لیست آزمایشات و رادیوگرافی های مربوطه که به تایید مسئولین فنی مربوطه و یا ریاست بیمارستان و همچنین کارشناس بیمه رسیده باشد.
- خدمات تشخیصی تخصصی و فوق تخصصی نظیر سی تی اسکن، MRI و موارد اعلام شده جدید از سوی دبیرخانه شورای عالی بیمه خدمات درمانی که می بایستی تصویر برابر اصل ممه‌ور به مهر و امضاء پزشک ضمیمه باشد (ضروری است اصل گزارش توسط ناظر بیمارستانی باطل گردد)
- لیست دارو و وسایل اتاق عمل و ک د عمل جراحی و زمان بیهوشی ممه‌ور به مهر بیمارستان و تایید جراح و پزشک بیهوشی مربوطه و تایید کارشناس بیمه. (نماینده مقیم بیمارستان)
- فتوکپی برگه پذیرش و خلاصه ترخیص.
- فرمت ثابت و مدارک و سوابق مثبت اسناد پزشکی براساس توافقات صورت پذیرفته فوق الذکر تهیه و به ع نوان یک فرم مشترک فی مابین سازمانهای بیمه و مراکز درمانی مورد عمل خواهد بود.
- مفاد دستورالعمل فوق نافی انجام وظایف نظارتی سازمانهای بیمه گر نخواهد بود.

۴۸- دستور بستری بیمار توسط متخصص به شکلی می باشد؟

دستور بستری با تشخیص اولیه ممه‌ور به مهر و امضاء پزشک.

۴۹- اقدامات رسیدگی فنی و حسابداری اسناد پزشکی در کدام بخش سازمان انجام می شود؟

در اقدامات مربوط به رسیدگی فنی و حسابداری اسناد پزشکی در محل اداره کل بیمه سلامت استان یا محل بیمارستانها انجام می پذیرد

۵۰- بستری به چه مواردی اطلاق می شود؟

به کلیه مواردی که براساس دستور پزشک، بیمار نیاز به بستری و یا عمل جراحی در اطاق عمل و بیهوشی (طبق شرایط این آیین نامه داشته باشد) اطلاق می گردد

۵۱- در چه صورتی بیمار بستری محسوب می شود؟

- در صورتیکه جهت بیمار دستور بستری در بخش توسط پزشک صادر و با تشکیل پرونده بستری در بخش مربوطه بستری شوند بدون توجه به مدت اقامت، بیمار بستری تلقی شده، هزینه های وی به تفکیک سرفصلها در ردیف هزینه های بستری ثبت می گردد.
- چنانچه بیمار نیاز به عمل جراحی، اتاق عمل و بیهوشی داشته باشد، بدون توجه به دستور پزشک، مبنی بر تشکیل پرونده بستری یا سرپایی و نیز بدون توجه به مدت اقامت، بستری تلقی شده و هزینه های وی به تفکیک سرفصلها در ردیف هزینه های بستری ثبت می گردد

۵۲- بیماران بستری موقت شامل چه بیمارانی می شوند؟

شامل بیمارانی که در بخش اورژانس یا درمانگاه --- به مدت زمان کمتر یا بیشتر از ۶ ساعت بنا به دلایل مختلف از قبیل تروما، شکم حاد، رنال کولیک، جراحی های سرپایی، آنژین قلبی، درمان طبی و ... تحت نظر می باشد

۵۳- فرانشیز دریافتی بیماران بستری موقت کمتر از ۶ ساعت چقدر می باشد؟

فرانشیز دریافتی از این بیماران ۳۰٪ است و برای آنها اقدامات مختلف تشخیصی و درمانی با جداکردن یک برگ از دفترچه و الصاق آن به کارت تحت نظر انجام می شود

۵۴- چند درصد خدمات پرستاری در صورت پرداخت هزینه تخت روز توسط بیمار قابل پرداخت توسط سازمان بیمه می باشد؟

۶ درصد

۵۵- آیا هزینه تجهیزات ولوازم مصرفی توسط بیمار تحت نظر شامل نخ بخیه - ست سرم وغیره توسط بیمه پرداخت می شود؟

بله

۵۶- هزینه دیالیز بیماران خاص چه میزان می باشد؟

رایگان می باشد

۵۷- هزینه دیالیز بیماران غیر خاص چه میزان می باشد؟

در صورت بستری شدن و حین بستری انجام گیرد تابع فرانشیز صندوق می باشد

۵۸- تعهد بیمه در بخش بستری چه صورتی می باشد؟

تخت عادی - هزینه اتاق ۳ یا بیش از ۳ تخت دولتی

۵۹- هزینه اتاق ایزوله معادل اتاق چند تخت می باشد؟

یک تخت

۶۰- هزینه بستری بیماران روانی تا چند ماه به عنوان بیماری حاد محسوب می شود؟

۸ هفته

۶۱- هزینه بستری بیماران روانی به عنوان بیماری مزمن از ماه چندم بیماری محسوب می شود؟
از ماه دوم به بعد ، طبق تشخیص پزشک معالج

۶۲- هزینه بستری بیماران مزمن روانی از نظر ارزشیابی بیمارستانی در درجه چندم قرار می گیرد؟
درجه ۳ تخت روانی

۶۳- از مزایای بستری بیش از ۲ ماه بیماران مزمن روانی چه صندوقهای بیمه ای می توانند استفاده نمایند؟
کلیه صندوقها

۶۴- آیا هزینه اقامت همراه بیمار در تعهد بیمه می باشد؟
خیر

۶۵- آیا هزینه نگهداری نوزاد سالم و مادر بعد از زایمان طبیعی در تعهد بیمه می باشد و حداکثر چند روز؟
بله- یک روز

۶۶- آیا هزینه نگهداری نوزاد سالم و مادر بعد از زایمان سزارین در تعهد بیمه می باشد و حداکثر چند روز؟
بله -۲ روز

۶۷- آیا پرونده بستری در صورت بیماری نوزاد تشکیل می شود؟
بله

۶۸- هزینه نوزاد در بخش ان آی سی یو چگونه محاسبه می شود؟
برابر تعرفه مصوبه نوع اقامت که ۷۰ درصد این مقدار بابت هزینه اقامت و ۳۰ درصد بابت خدمات پزشکی است.

۶۹- هزینه خدمات پرستاری در NICU چگونه محاسبه می شود؟
هزینه خدمات پرستاری ۶ درصد از ۷۰ درصد توسط بیمه پرداخت می شود

۷۰- هزینه مواد مصرفی در خدمات پرستاری جهت بیماران بستری آیا جز هزینه خدمات پرستاری محاسبه می شود؟
بله

۷۱- آیا اعمال جراحی هرمافرودیت شامل تعهد بیمه می باشد؟

بله با تایید پزشک قانونی

۷۲- آیا بیمارستانها موظف به تهیه وسایل مصرفی بیمار می باشند؟

بله

۷۳- شرکت های بیمه گر تجاری موظف به پرداخت چند درصد از بیمه شخص ثالث -سرنشین و مازاد به خزانه داری کل می باشد؟

۱۰ درصد

۷۴- طبق کدام قانون تمامی بیمارستانها و مراکز درمانی ملزم به پذیرش مصدومین حوادث و سوانح رانندگی هستند؟

بند ب ماده ۳۷ قانون برنامه پنجم توسعه

۷۵- آیا مراکز درمانی و بیمارستانها مجاز به دریافت وجه از مصدومین می باشد؟

خیر

۷۶- پرداخت هزینه های مصدومین ناشی از حوادث ترافیکی برعهده چه سازمانی است؟ تا دو ماه پس از ترخیص بر عهده وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی می باشد.

۷۷- در صورت مراجعه مصدومین به بیمارستانهای خصوصی و مراکز غیر دولتی آیا مجاز به دریافت وجه از مصدوم می باشد؟

خیر

۷۸- بیمارستانهای خصوصی هزینه اقدامات درمانی که به مصدومین ارائه داده اند از کدام سازمان دریافت می نمایند؟ با ارائه مدارک از معاونت درمان دانشگاه مربوطه دریافت می نمایند

۷۹- آیا هزینه درمان ناشی از ضرب و جرح در تعهد بیمه می باشد؟

بله در صورت:

۱ - نزاع خانوادگی بستگان درجه یک

۲ - ضارب متواری اعم از شناخته شده و ناشناس با تایید مقام قضایی

۳ - ضارب با اختلالات روانی بدون قییم قانونی

۸۰- آیا هزینه درمان ناشی از ضرب و جرح بیماران روانی در تعهد بیمه می باشد؟

بله بعد از تایید توسط پزشک قانونی

۸۱- آیا هزینه درمان ناشی از خود کشی در تعهد بیمه می باشد؟

بله- پس از تایید مراجع قانونی ذیصلاح

۸۲- خدمات بیمه تکمیلی شامل چه خدماتی می باشد؟

- خدمات و تجهیزات برای عینک طبی
- خدمات و تجهیزات برای سمعک
- خدمات و تجهیزات برای دست دندان
- خدمات و تجهیزات برای وسایل کمک درمانی از قبیل عصا و واکر که فهرست آن توسط شورایعالی بیمه خدمات درمانی کشور ارائه خواهد شد.
- خدمات و تجهیزات برای تعویض مفاصل از جمله Total hip
- خدمات و تجهیزات برای پیوند اعضا در صورت نیاز به استثنای پیوند کلیه
- خدمات و تجهیزات برای Contact lens
- خدمات و تجهیزات برای اعمال فوق تخصصی
- خدمات و تجهیزات برای کلیه داروهای موجود در فارماکوپه رسمی کشور که در تعهد بیمه ها نیست
- کلیه خدمات جدیدی که وارد بازار بخش سلامت می گردد تا زمان تصمیم گیری در مراجع مربوط
- کلیه خدمات کاردرمانی، گفتار درمانی، روان درمانی، گروه درمانی، خانواده درمانی و غیره
- تهیه کپسول اکسیژن و متعلقات آن
- خدمات پرستاری در منزل
- خدمات حمل و نقل با آمبولانس
- فرانشیز خدمات قابل ارائه (بخش دولتی و بخش خصوصی)
- مابه التفاوت بخش خصوصی ودولتی براساس تعرفه های مصوب هیئت وزیران
- هتلینگ اطاق یک تخته و دو تخته (بخش دولتی و بخش خصوصی)
- خدمات دندانپزشکی به غیر از کشیدن دندان و بروساژ
- خدمات پزشک همراه
- خدمات ویزیت در منزل
- خدمات آمبولانس هوایی
- خدمات لیزیک (چشم و پوست)
- واکسنهای غیر از برنامه کشوری
- خدمات نقاهتگاهی مربوط به بیماران مزمن روانی
- داروی گیاهی
- تزریق سرپایی در مطب
- خدمات ناشی از ضرب و جرح
- خدمات تصویر برداری جدید
- خدمات فناوری جدید تا زمان تصمیم گیری در مراجع مربوط
- خدمات توان بخشی در منزل
-

سوالات خسارات متفرقه

۱- هزینه های خسارت متفرقه چیست؟

رسیدگی به اسناد پزشکی بیمه شدگانی که خدمات بستری و برخی از خدمات تشخیصی - درمانی سرپائی مورد تعهد را در مراکز غیر طرف قرارداد دریافت و هزینه های مربوطه را شخصاً پرداخت نموده‌اند.

۲- در چه صورتی هزینه خدمات بستری مورد تعهد در بیمارستانها و مراکز جراحی محدود غیر طرف قرارداد جهت بیمه شدگان توسط سازمان بیمه قابل پرداخت می باشد؟

در صورتی که بیمه شدگان دارای دفترچه بیمه معتبر و یا تأییدیه اداره بیمه گری و درآمد و در صورت رعایت ضوابط مربوطه و با استفاده از دستورالعمل اسناد بستری بلامانع است .

۳- در پاره ای از خدمات تشخیصی - درمانی که به صورت سرپایی در مراکز طرف قرارداد سازمان انجام میگردد و بیمه شده مجبور به تهیه پروتز از خارج از آن مرکز می شود جهت دریافت هزینه پروتز چه اقدامی باید انجام دهد؟
ارائه اصل فاکتور رسمی و تأییدیه های مورد نیاز، تصویر صورتحساب و تصویر شرح خدمت انجام شده که مبین بکار رفتن پروتز مذکور باشد، هزینه پروتز مصرفی بر مبنای قیمت‌های مورد تعهد سازمان و با فرانشیز سرپایی قابل پرداخت می باشد..

۴- هزینه پروتز و لوازم مصرفی در چه مواردی قابل محاسبه می باشد؟

هزینه پروتز و لوازم مصرفی در مواردی که خدمت بستری آن قابل پرداخت بوده طبق مقررات جاری مربوطه قابل محاسبه است

۵- هزینه های تشخیصی - درمانی بیمه شدگان روستایی در چه صورت قابل پرداخت توسط بیمه می باشد؟

در صورت رعایت سیستم ارجاع و به شرط احراز اورژانسی بودن « طبق لیست Urgent و Emergent موضوع مصوبه شورای هماهنگی بیمه های درمانی به شماره ۱۱۰۰/۳۲۲۶ مورخ ۸/۴/۸۲ (جدول پیوست)» و یا تصمیم کمیته فنی مبنی بر منحصر به فرد بودن خدمت قابل محاسبه خواهد بود.

۶- چه نوع خدمات سرپایی در صورت انجام در مراکز غیر طرف قرارداد از طریق واحد خسارت متفرقه قابل محاسبه می باشد؟

-خدمات شیمی درمانی و رادیوتراپی، معادلسازی داروهای شیمی درمانی غیر بیمه‌ای با رعایت ضوابط جاری مربوطه
-آن دسته از خدمات سرپایی مورد تعهد که محدودیت ارائه در مراکز طرف قرارداد استان را دارند با نظر کمیته فنی فقط در همان استان ارائه دهنده خدمت قابل پذیرش و پرداخت می باشد از قبیل: خدمات تخصصی دندانپزشکی، سنگ شکن، انواع سونوگرافیهای ترانس رکتال و ترانس واژینال، اکوکاردیوگرافی ترانس ازوقاژینال، سونوگرافیهای
داخلی، مطالعات یورودینامیک، خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی (Interventional) پرتو پزشکی، آزمایشات تخصصی در سرفصلهای ژنتیک مولکولی و سیتوژنتیک و آزمایشات ژنتیک پیش از تولد، اسکن های رادیوایزوتوپ و پزشکی هسته ای و.... ..

-در پاره ای از خدمات تشخیصی - درمانی که به صورت سرپایی در مراکز طرف قرارداد سازمان انجام میگردد و بیمه شده مجبور به تهیه پروتز از خارج از آن مرکز می شود با ارائه اصل فاکتور رسمی و تأییدیه های مورد نیاز، تصویر صورتحساب و تصویر شرح خدمت انجام شده که مبین بکار رفتن پروتز مذکور باشد، هزینه پروتز مصرفی بر مبنای قیمت‌های مورد تعهد سازمان و با فرانشیز سرپایی قابل پرداخت می باشد.
-داروهای ویژه نظیر آمپول های مخدر با اخذ فاکتور قیمت گذاری شده ممهور به مهر سازمان غذا و دارو و مبارزه با مواد مخدر

- لوازم و وسایلی که در حین و بعد از عمل جراحی مورد تعهد برای مدتی توسط بیمه شده مورد استفاده قرار می گیرد مانند کیسه های کلتومی
- یوروستومی - ایلئوستومی - فلبوتومی و PEG TUBE قابل پرداخت می باشد
- برای بیماران تالاسمی هزینه پمپ دیسفرال با ارائه مدارک مثبت و براساس قیمت های موجود در سایت هر ۳ سال یکبار با سهم سازمان ۱۰۰٪ قابل پرداخت می باشد .

۷-مدارک مورد نیاز جهت دریافت هزینه درمان بستری از اداره بررسی اسناد پزشکی قسمت خسارات متفرقه چه مدارکی می باشد؟

- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه معتبر بیمار و سرپرست یا تأییدیه اداره بیمه گری و درآمد
- اصل صورتحساب بیمارستان ممهور به مهر بیمارستان یا مهر و امضای امور مالی بیمارستان
- اصل صورتحساب پزشکان ممهور به مهر بیمارستان یا مهر و امضای امور مالی بیمارستان
- اصل گواهی جراح با ذکر نوع و تعداد اعمال جراحی یا تصویر شرح عمل ممهور به مهر جراح و کمک جراح (در صورتیکه هزینه جراح در صورتحساب پزشکان و یا بیمارستان ذکر نشده باشد ارائه اصل گواهی جراح مبنی بر دریافت هزینه الزامی است)
- اصل گواهی زمان بیهوشی با مهر و امضای متخصص بیهوشی یا کپی برگ بیهوشی با مهر و امضای متخصص بیهوشی
- اصل نسخ دارویی و لوازم مصرفی بخش و یا لیست رایانه ای یا دستی با مهر و امضای درخواست کننده و مهر پزشک معالج، داروخانه و امضای مسئول فنی
- اصل نسخه دارو و وسایل مصرفی اتاق عمل و یا لیست رایانه ای یا دستی با قیمت گذاری اقلام با مهر پزشک جراح، بیهوشی و مسئول اتاق عمل و مهر و امضای مسئول فنی داروخانه و درج مبلغ کل آن در صورتحساب
- اصل فاکتور معتبر پروتزهای مصرفی دارای مشخصات بیمار و مشخصات و مه ر شرکت و تأیید مصرف آن توسط پزشک جراح و مسئول اتاق عمل
- اصل گواهی پزشک معالج یا مشاور حاوی علت بستری، تعداد ویزیتها و مشاوره ها با مهر و امضای پزشک مربوطه
- بیمه شدگانی که در بیمارستانهای دولتی طرف قرارداد بستری شده اند و پروتز خود را به صورت آزاد تهیه نموده اند چه مدارکی جهت دریافت هزینه پروتز باید ارائه دهند
- الف) فتوکپی صورتحساب بیمارستان
- ب) ارائه اصل فاکتور خرید پروتز به همراه تأیید پزشک جراح، مسئول اتاق عمل و نماینده بیمه
- لیست خدمات انجام شده و گزارش (جواب) خدمات در مواردی نظیر آزمایشات، پرتوپزشکی،
- توانبخشی و سایر موارد ذکرشده در دستورالعمل های مربوطه یا لیست رایانه ای با مهر و امضای واحد مربوطه .
- در مورد بیماران فوت شده (که خود، بیمه شده اصلی می باشند) ارائه تصویر انحصار وراثت و وکالتنامه محضری وکیل انتخابی وراث ضروری است.

۸-مدارک مورد نیاز جهت دریافت هزینه درمان سرپایی از اداره بررسی اسناد پزشکی قسمت خسارات متفرقه چه مدارکی می باشد؟

- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه معتبر بیمار و سرپرست یا تأیید اداره بیمه گری و درآمد
- اخذ شماره ملی، کد پستی و شماره تماس تلفنی
- اصل درخواست یا گواهی پزشک معالج جهت انجام خدمت مربوطه
- اصل لیست خدمات انجام شده دارای مهر و امضای موسسه
- گزارش خدمات ارائه شده ممهور به مهر پزشک معالج یا مهر و امضای مسئول فنی موسسه
- در صورت ارائه خدمت در مطب پزشکان می بایست نوع و مبلغ خدمت ارائه شده در نسخه دقیقاً مشخص و دارای مهر و امضای پزشک مربوطه باشد.

۹- پرداخت هزینه خسارت متفرقه در موارد مراجعه بیمه شده به مراکز طرف قرارداد به علت همراه نداشتن دفترچه

بیمه به چه صورت می باشد؟

با در نظر گرفتن طول مدت بستری، امکان تعویض، یا وصول دفترچه در طول مدت بستری، بستری در شهر و استان دیگر و موارد خاص دیگر و بررسی علت عدم ارائه دفترچه به مرکز مربوطه، با تأیید پزشک معتمد یا کمیته فنی استان امکان پذیر می باشد.

۱۰- اسناد خسارت متفرقه به صورت عادی طبق روال تا چند سال قابل پرداخت می باشد؟

دو سال از تاریخ ترخیص قابل پرداخت می باشد. از فاصله دو سال تا حداکثر مهلت پنج سال از تاریخ ترخیص، پس از طرح و تأیید در کمیته فنی استان قابل پرداخت خواهد بود .

سوالات پرتوپزشکی

۱- نسخ پرتوپزشکی تجویز شده در هر ماه تا چه زمانی اعتبار دارد؟

تا پایان ماه بعد قابل پذیرش توسط مؤسسه می باشد

۲- نسخ پرتوپزشکی تجویز شده در سه روز آخر هر ماه و همچنین نسخ خدمات MRI، سی تی اسکن و تالیوم اسکن حداکثر تا چه زمانی اعتبار دارد؟

تا پایان ماه بعد قابل پذیرش می باشد

۳- مواردی که باعث خدشه در نسخه می شود کدام است؟

خط خوردگی، کاربنی، لاک گیری، دوخط و دورنگ بودن متن نسخه، پانچ شدگی (دو خط یا دورنگ بودن تاریخ نسخه با متن نسخه بلامانع می باشد)

۴- آیا نسخه بدون تاریخ قابل پذیرش می باشد؟

خیر- نسخ بدون تاریخ قابل پذیرش نبوده و هرگونه درج تاریخ و دستکاری نسخه توسط مؤسسه پرتوپزشکی (در صورت احراز) جزء تعدیلات محسوب شده و موضوع از طریق اداره نظارت و ارزشیابی قابل پیگیری است

۵- درخصوص نسخ بدون تاریخ، در صورت عدم دسترسی به پزشک معالج چه اقدامی انجام می شود؟

براساس نظر کمیته فنی اداره کل نسبت به نحوه تأیید نسخ مربوطه اقدام می گردد

۶- آیا نسخ سونوگرافی (و به طور کلی خدمات پرتوپزشکی) تجویز شده به وسیله کارشناسان مامایی قابل پذیرش و پرداخت می باشد؟

خیر

۷- آیا نسخ درخواست خدمات پرتوپزشکی انترنهابا مهر انترن قابل پذیرش و پرداخت می باشد؟

فقط در مراکز آموزشی وابسته به دانشگاه، نسخ درخواست خدمات پرتوپزشکی انترنهابا مهر انترن به همراه مهر مرکز بیمارستانی- دانشگاهی به عنوان نسخ پزشکان عمومی و فقط در همان مرکز قابل پذیرش و پرداخت می باشد

۸- آیا نسخ درخواست خدمات پرتوپزشکی رزیدنتهابا مهر رزیدنت در مراکز دولتی یا خصوصی قابل پذیرش و پرداخت می باشد؟

در کلیه مؤسسات اعم از دولتی و خصوصی، نسخ درخواست خدمات پرتوپزشکی رزیدنتهابا مهر رزیدنت به همراه مهر پذیرش مرکز بیمارستانی - دانشگاهی به عنوان نسخ پزشکان متخصص و بدون مهر پذیرش مرکز بیمارستانی- دانشگاهی بعنوان نسخ پزشکان عمومی قابل پذیرش و پرداخت می باشد

۹- آیا ذکر تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار در نسخ خدمات پرتوپزشکی توسط پزشک معالج الزامی می باشد؟

با توجه به مفاد بخشنامه شماره ۱۸۸۸۲۳/س مورخ ۸۲/۱۲/۹ معاونت محترم سلامت ذکر تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار در نسخ خدمات پرهزینه پرتوپزشکی توسط پزشک معالج از تاریخ ۹۴/۷/۱ الزامی می باشد و پذیرش اینگونه نسخ بدون درج تشخیص مشمول تعدیلات خواهد شد.

۱۰- در صورت عدم ذکر تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار در نسخ خدمات پرهزینه پرتوپزشکی توسط پزشک معالج وعدم دسترسی به پزشک معالج چه اقدامی باید انجام شود؟

در این شرایط برای درج تشخیص، نسخ خدمات پرهزینه پرتوپزشکی باید به تأیید اداره کل استان برسد

۱۱- مهمترین ملاک پرهزینه بودن خدمات پرتوپزشکی چیست؟

بزرگی نسبت تعرفه آن خدمت به میانگین هزینه هربار مراجعه به کل مراکز پرتوپزشکی می باشد

۱۲- مهمترین خدمات پرهزینه پرتوپزشکی شامل چه خدماتی می باشد؟

خدمات آنژیوگرافی، سونوگرافی داپلر، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته ای (به جز اسکن و جذب ید تیروئید)، رادیوتراپی و خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی

۱۳- در چه مواردی نسخ پزشکان عمومی حاوی سی تی اسکن قابل پذیرش و پرداخت می باشد؟

در موارد اورژانس و تروما نسخ پزشکان عمومی حاوی سی تی اسکن بدون تزریق با مهر اورژانس بیمارستان قابل پذیرش و پرداخت می باشد

۱۴- آیا نسخ خدمات پرتوپزشکی در صورتیکه جنبه غربالگری داشته باشد قابل پذیرش و پرداخت می باشد؟

خیر

۱۵- منظور از آزمون های غربالگری کدام آزمونها می باشد؟

منظور معاینات بالینی روتین و اقدامات پاراکلینیک مشخصی است که به صورت گروهی و برای اشخاص به ظاهر سالم به کار می روند و اصولاً پایه ای برای درمان نیستند

۱۶- آیا آزمون های پاراکلینیکی قبل از ازدواج، قبل از استخدام، قبل از حج و معافیت از دوران سربازی جزء آزمون های غربالگری محسوب می شوند؟

بله

۱۷- ثبت بهای نسخ و یا خدمات انجام شده توسط موسسه پرتوپزشکی دولتی چگونه بای انجام شود؟

می بایست در حضور بیمار برای هر یک از خدمات انجام شده به تفکیک (براساس تعرفه بخش دولتی) صورت گرفته و جمع کل، سهم بیمه شده (فرانشیز) و سهم سازمان در نسخه مشخص گردد. همچنین نسخه پذیرش شده بلافاصله ممهور به مهر موسسه گردد.

۱۸- ثبت بهای نسخ و یا خدمات انجام شده توسط موسسه پرتوپزشکی خصوصی چگونه باید انجام شود؟

مؤسسات خصوصی می بایست نسبت به درج مبلغ کل دریافتی (فرانشیز + مابه التفاوت تعرفه بخش خصوصی و دولتی) در برگ سوم (مخصوص بیمار) همراه با مهر مؤسسه اقدام نمایند

۱۹- آیا مسئول فنی و پرسنل صاحب صلاحیت موسسه حق دخل و تصرف در نسخه و یا دستور پزشک معالج را دارند؟
خیر

۲۰- در صورت عدم تطابق خدمات پرتو پزشکی با تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار و دیگر موارد مبهم موسسه چه اقدامی باید انجام دهد؟
باید توسط مسئول فنی بررسی شود. بدیهی است چنانچه پس از تحویل نسخه به اداره کل بیمه سلامت، این اشکالات منجر به تعدیلات در نسخ گردد موسسه حق هیچگونه اعتراضی را نخواهد داشت.

۲۱- در خصوص خدمات پرهزینه پرتو پزشکی مواردی همچون عدم ارتباط خدمات پرتو پزشکی با تخصص پزشک معالج (مثلاً تجویز تالیوم اسکن قلب توسط متخصص ارتوپدی) و.. موسسه چه اقدامی باید انجام دهد؟
باید توسط مسئول فنی بررسی شود. بدیهی است چنانچه پس از تحویل نسخه به اداره کل بیمه سلامت، این اشکالات منجر به تعدیلات در نسخ گردد موسسه حق هیچگونه اعتراضی را نخواهد داشت.

۲۲- نسخ بیمه شدگان روستایی از طریق کدام موسسات قابل پذیرش و پرداخت است؟
از طریق موسساتی قابل پذیرش و پرداخت است که قبلاً قرارداد پذیرش نسخ بیمه روستایی را منعقد نموده باشند.

۲۳- لیست خدمات پرتو پزشکی مورد تعهد سازمان و ملاک محاسبه قیمت خدمات پرتو پزشکی چگونه می باشد؟
آخرین ویرایش کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت ای سلامت و بخشنامه های مربوطه است که از طریق وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (دبیرخانه شورای عالی بیمه) اعلام می گردد.

۲۴- اگر در نسخ خدمات پرتو پزشکی، عنوان خدمت (شامل نوع خدمت پرتو پزشکی، ناحیه و در صورت لزوم نمای مورد نظر) بطور کامل ذکر نشود تعرفه نسخه چگونه محاسبه می شود
در صورت عدم ذکر عنوان کامل خدمت (مثل درخواست سونوگرافی داپلر یک ناحیه بدون ذکر سیاه و سفید یا رنگی بودن آن) حداقل تعرفه خدمت ملاک محاسبه خواهد بود.

۲۵- خدمات پرتو پزشکی خارج از تعهد سازمان شامل چه خدماتی است؟
- شامل خدماتی است که برای آنها از سوی شورای عالی بیمه تعرفه ای تعیین نشده است (از قبیل خدمات جدید)
- خدماتی که درخواست آن با شرایطی مغایر با ضوابط ابلاغی انجام شده باشد (نظیر درخواست توسط پزشک عمومی MRI)
- خدماتی که به منظور چک آپ انجام می شود)
- خدماتی که جنبه غربالگری داشته باشد (بعد از احراز)

۲۶- آیا خدمت «سونوگرافی سه بعدی» در شمول تعهدات سازمان می باشد؟
خدمت «سونوگرافی سه بعدی» فاقد تعرفه مصوب بوده و در شمول تعهدات سازمان نمی باشد.

۲۷- نسخ سی تی اسکن در چه صورتی قابل پذیرش می باشد؟
نسخ سی تی اسکن فقط در صورت درخواست توسط پزشک متخصص معالج با ذکر تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار قابل پذیرش می باشد.

۲۸- هزینه انجام MRI از سوی سازمانهای بیمه گر در چه صورتی قابل پرداخت است؟
در صورتیکه درخواست منحصرأ توسط متخصص جراحی استخوان و مفاصل، متخصص جراحی مغز و اعصاب، متخصص بیماری های مغز و اعصاب، متخصص گوش و حلق و بینی و کلیه فوق تخصص های مربوطه انجام شود. و در سای تخصصها با تایید اداره کل

۲۹- در صورت درخواست MRI توسط سایر رشته های تخصصی نیاز به تایید چه مراکزی می باشد؟
در حوزه تخصصی بلامانع است

۳۰- آیا در صورت درخواست MRI بیش از یک ناحیه (یا ردیف تعرفه ای) نیاز به تایید سازمانهای بیمه گر دارد.
بله- کلیه درخواستهای MRI بیش از یک ناحیه (یا ردیف تعرفه ای) نیاز به تایید سازمانهای بیمه گر دارد.

۳۱- در چه صورت درخواست MRI بیش از یک ناحیه (یا ردیف تعرفه ای) نیاز به تایید سازمانهای بیمه گر ندارد؟
در موارد اورژانس با ذکر شرح بیماری در برگه درخواست توسط پزشک متخصص مربوطه ----- مشکوک

۳۲- آیا کپی فیلم MRI در شمول تعهدات سازمان می باشد؟
خیر

۳۳- آزمایشات IN VITRO یا آزمایش تشخیص پزشکی با مواد رادیواکتیو عمدتاً شامل چه آزمایشهای می باشد؟
شامل سنجش هورمونها، داروها، تومورمارکرها و آزمایشات دیگری است که به روش رادیوایمونواسی (RIA) قابل انجام می باشد

۳۴- آیا آزمایشات IN VITRO یا آزمایش تشخیص پزشکی با مواد رادیواکتیو شامل تعهدات بیمه می باشد؟
بله- بر اساس ردیف های مربوطه در بخش خدمات آزمایشگاهی کلیات تعرفه ها قابل محاسبه و پرداخت می باشد

۳۵- آیا در سونوگرافی تعیین حاملگی پارامتر تأخیر رشد جنین (IUGR) جداگانه قابل محاسبه و پرداخت می باشد؟
خیر- در سونوگرافی تعیین حاملگی پارامتر تأخیر رشد جنین (IUGR) لحاظ شده است و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۳۶- آیا نسخ سونوگرافی (و به طور کلی پر توپزشکی) تجویز شده بوسیله کارشناسان مامایی قابل پذیرش و پرداخت می باشد؟
خیر

۳۷- در چه صورتی هزینه های انجام خدمات درمانی با متاسترون ، MIBG و TCD قابل پرداخت خواهد بود؟
در صورت تائید اداره کل بیمه سلامت قابل پرداخت خواهد بود

۳۸- نسخ دانسیومتری تجویز شده توسط کدام متخصصین نیاز به تأیید بیمه را ندارند؟
نسخ تجویز شده توسط کلیه فوق تخصصهای رشته های پزشکی و متخصصین زنان، داخلی، ارتوپدی نیاز به تأیید بیمه را ندارند

۳۹- نسخ دانسیومتری سایر متخصصین رشته های پزشکی بالینی برای کدام بیماران نیاز به تأیید بیمه را ندارند ؟
برای بیماران خاص و خانمهای بالای ۵۵ سال و آقایان بالای ۶۵ سال نیاز به تأیید بیمه را ندارند.

سوالات موسسات فیزیوتراپی

۱- حداکثر تعداد جلسات برای پرداخت هزینه فیزیوتراپی هر عضو چند جلسه است؟ بازنگری

۱۵ جلسه

۲- حداکثر اعضاء قابل پرداخت برای نسخ فیزیوتراپی چند عضو است؟

متخصص غیرمرتبط یک اندام

متخصص مرتبط ۲ اندام

در بیماریهای از قبیل ام.اس، گیلن باره، میاستنی گراو و فلج مغزی با درخواست متخصص مرتبط ۴ اندام قابل محاسبه و پرداخت است.

۳- چه نوع فیزیوتراپی در تعهد سازمان نمی باشد؟

بر اساس کد ۹۰۱۶۴۵ کتاب ارزشهای نسبی خدمات

۴- نسخ فیزیوتراپی از طرف کدام پزشکان قابل محاسبه و پرداخت می باشد؟

پزشکان عمومی

۵- برای درمانهای حرارتی سطحی و عمقی چند ناحیه قابل محاسبه و پرداخت می باشد؟

در یک جلسه فقط یکی از درمانهای حرارتی و یا سطحی برای یک ناحیه از بدن قابل محاسبه و پرداخت است.

۶- آیا خدمت مانیپولاسیون در تعهد فیزیوتراپی می باشد؟

ماساژ یا تکنیک های دستی صرفاً مربوط به درناژ سیستم لنفاوی در بیماران با مشکلات سیستم لنفاوی قابل محاسبه و پرداخت است.

۷- تاریخ شروع جلسات فیزیوتراپی ومدت زمان آن چقدر است؟

تاریخ شروع جلسات فیزیوتراپی از زمان درخواست توسط پزشک نباید بیش از یک ماه باشد

مدت زمان انجام خدمات فیزیوتراپی از شروع اولین جلسه ، نباید بیش از دو ماه ادامه یابد.

سوالات بیماران خاص

۱- بسته خدمتی بیماران خاص شامل چه مواردی می باشد؟

- هزینه داروهای تخصصی جهت درمان بیماری خاص
- هزینه لوازم و تجهیزات مصرفی جهت درمان بیماری خاص
- همودیالیز
- تزریق خون در بیماران تالاسمی و سیکل آنمی
- تزریق فاکتور و خون در بیماران هموفیلی
- شالدون گذاری
- تزریق دیسفرال در بیمارستان
- تزریق دیسفرال در منزل
- اسپلنکتومی
- آزمایشات مورد نیاز
- دیالیز صفاقی (K_{۱۵۰} کاتترگذاری) (گلوبال - شامل کلیه هزینه ها)
- آموزش و مدیریت بیمار دیالیز صفاقی
- شیمی درمانی
- رادیوتراپی

۲- بیماران دیالیزی شامل چه بیمارانی می باشد؟

- (اعم از دیالیز خونی و صفاقی)
- الف) شامل بیمارانی هستند که دچار نارسایی مزمن کلیه می باشند و نیاز به انجام دیالیز دارند. (اعم از دیالیز خونی و صفاقی)
- ب) بیمارانی که به هر علت نیاز به انجام همودیالیز حاد دارند.

۳- تعهدات بیمه ای داروهای بیماران خاص شامل چه داروهایی می باشد؟

- ۱.۱) Erythropoietin: این دارو در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز ۰٪ (رایگان) به این بیماران ارائه می گردد.
- ۲.۱) Iron dextrose (آهن وریدی تزریقی با ذکر کد): این دارو در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز ۰٪ (رایگان) به این بیماران ارائه می گردد.

۱. داروهای تخصصی این بیماران عبارتند از :

- ۳.۱) ERYTHROPOIETIN_ (تمام دوز و اشکال مورد تعهد): این دارو در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز ۰٪ (رایگان) به این بیماران ارائه می گردد.
- ۴.۱) IRON SUCROSE (و یا سایر ترکیبات آهن وریدی تزریقی در صورت استفاده در بیماران دیالیزی): این دارو در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز ۰٪ (رایگان) به این بیماران ارائه می گردد.
- Sevelamer: این دارو در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز ۰٪ (رایگان) به این بیماران ارائه می گردد

۴- آیا همودیالیز بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه رایگان می باشد؟
بله

۵- همودیالیز بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه هر جلسه چند واحد داخلی دیالیز محاسبه می شود؟

- ۱.۲) همودیالیز بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه در بخش دولتی هر جلسه با کد ملی ۹۰۰۱۴۵ با ارزش نسبی k ۱۵ و در بخش خصوصی k ۲۳ محاسبه می گردد که رایگان می باشد.
- ۲.۲) همودیالیز بیماران دچار نارسایی حاد کلیه (برای ۶ جلسه اول) هر جلسه با کد ملی ۹۰۰۱۴۰ و با ارزش نسبی k ۱۷ قابل محاسبه خواهد بود که رایگان می باشد.

۶- باشد؟ گان م؟ همودیالیز بیماران دچار نارسایی حاد کلیه را؟
ن دیالیز عموماً برای بیماران خاص انجام نمی شود، لذا مشمول حذف فرانشیز نمی گردد.

۷- کاتترهای سابکلایون دائم و موقت و همچنین گرافت های عروقی براساس ضوابط جاری بیمه ای با چه فرانشیز % (رایگان) به این بیماران ارائه می گردد؟
با فرانشیز % (رایگان) به این بیماران ارائه می گردد .

۸- شالدون گذاری طبق تعرفه دولتی در بیماران خاص با چه فرانشیزی ارائه می شود؟
رایگان می باشد

۹- آیا بابت ست دیالیز (لوله رابط ، سوزن و صافی دیالیز) یارانه به کلیه بیمارستانهای طرف قرارداد ارائه دهنده خدمت توسط سازمانهای بیمه گر پرداخت می شود؟
بله

به شهده کدا؟ه مراکز درمان؟ز در کل؟ال؟ن ست همود؟تأم باشد؟م سازمان م؟
ن؟افت م؟مه گر در؟ب؟مارستانها صرفاً تعرفه مندرج در بند فوق را از سازمانها؟ بوده و ب؟بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشک؟ما

شود؟افت م؟نه در؟ز هز؟ال؟مه شده بابت ست د؟ا از ب؟ا؟خ

۱۲- آیا عمل کاتترگذاری جهت دیالیز صفاقی در بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه رایگان می باشد؟ بله

باگلد؟گان م؟ را؟ز صفاق؟ال؟انه د؟ ماه؟ا محلول و ملزومات مصرف؟ا؟بله

۱۴- داروهای تخصصی بیماران تالاسمی کدام است و با چه فرانشیزی به بیماران فوق ارائه می شود؟

۱. داروهای تخصصی این بیماران عبارت است از :

ردیف	نام دارو
۱	DEFEROXAMINE for Inj ۵۰۰ mg
۲	DEFRIPIRON Tab E.C.Tab ۵۰۰ mg
۳	DEFERASIROX Tab ۵۰۰,۲۵۰,۱۲۵mg

در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز ۰٪ (به طور رایگان) به این بیماران ارائه می گردد.
تبصره: هزینه داروی دفروکسامین با شرط بیمار خاص و تشکیل پرونده توسط سازمانهای بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود .

۱۵+؟ هزینه لوازم مصرفی دفروکسامین رایگان می باشد؟ بله

۱۶- آیا هزینه بستری بابت عمل جراحی اسپلنکتومی در بیماران تالاسمی رایگان می باشد؟ بله

۱۷- هزینه آزمایشات مرحله اول و دوم تشخیص پیش از تولد جنین در زوجهای مینور در چه شرایطی رایگان می باشد؟

در شرایطی که از طریق سیستم ارجاع مشاورین به آزمایشگاههای ژنتیک معرفی شده باشند

۱۸- چه آزمایشهایی در بیماران تالاسمی وهمو فیلی رایگان می باشد؟

-آزمایشات Anti HCV – Anti HBS – HBS Ag – Anti HIV و انجام آزمایشات کمی و کیفی PCR همراه با تفسیر گزارش و انجام آزمایش فریتین

۱۹- تعهدات بیمه ای در خصوص داروهای تخصصی بیماران هموفیلی کدام داروها می باشد؟

نام دارو
Factor VII
Factor VIII
Factor VIII Vonwillebrand
Factor IX
Factor XIII
PCC
Feiba
Fibrinogen
Desmopressin

۲۰- آیا داروهای تخصصی هموفیلی رایگان می باشد؟

بله- در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز ۰٪ (بطور رایگان) به این بیماران ارائه می گردد .

۲۱- آیا داروهای MS رایگان می باشد؟

خیر- در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز ۱۰٪ به این بیماران ارائه می گردد.

۱. در این بیماران داروهای تخصصی به شرح جدول ذیل مشمول کاهش فرانشیز می گردند :

ردیف	نام دارو
۱	Interfron B \b for Inj ۳۰ MCG
۲	Interfron B \a for Inj ۴۴ MCG/Δml
۳	Interfron B \a Inj ۸ million U/Δml
۴	Methyl prednisolon for for Inj ۵۰۰ mg
۵	Glatiramer acetate for Inj ۲۰mg/ml
۶	Fingolimod Tab-Cap
۷	Amp Natalizumab

که در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز ۱۰٪ به این بیماران ارائه می گردد. (براساس دستورالعمل های نظارتی) ۲. تشخیص ام اس منوط به تأیید بیماری توسط کمیته های ام اس دانشگاه های علوم پزشکی می باشد.

۲۲- کدام داروهای ام اس مشمول کاهش فرانشیز می شود؟

داروهای اینترفرون بتا و متیل پردنیزولون

۲۳- تشخیص ام اس منوط به تأیید بیماری توسط کدام کمیته می باشد؟

منوط به تأیید بیماری توسط کمیته های ام اس دانشگاه های علوم پزشکی می باشد

۲۴- کدام داروهای تخصصی بیماران پیوند کلیه در تعهدات بیمه ای می باشد؟

۲. داروهای تخصصی این بیماران عبارتند از :

ردیف	نام دارو
۱	Ciclosporin cap -Tab
۲	Ciclosporin infu
۳	Ciclosporin oral sol
۴	Mycophenolate mofetil cap-Tab
۵	Mycophenolic acid cap-Tab
۶	Erythropoietin
۷	Anti Thymocyte immunoglobulin ۲۵۰ mg/Δml
۸	Anti Thymocyte immunoglobulin Amp ۲۵mg
۹	Gancyclovir
۱۰	Cap-Tab Tacrolimus ۱m
۱۱	Cap-Tab Tacrolimus ۵mg

Tab-Cap Sirolimus ۱mg	۱۲
Tab-Cap Everolimus	۱۳
Vial Daclizumab	۱۴
Vial Etanercept	۱۵
busulfan	۱۶
Anti Lymphocyte immunoglobulin	۱۷
Valgancyclovir	۱۸
Prednisolone	۱۹

تبصره ۱: در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز ۰٪ (رایگان) به این بیماران ارائه می گردد.

تبصره ۲: چنانچه داروهای فوق در زمان بستری خارج از محل دریافت خدمت (خارج از بیمارستان) تهیه گردد با فرانشیز ۱۰٪ در صورتیکه از سایر مراجع دیگر تأمین گردد قابل محاسبه خواهد بود.

تبصره ۳: هزینه لوازم مصرفی بیماران پیوند کلیه در تعرفه گلوبال محاسبه شده و جداگانه قابل درخواست نمی باشد.

سوالات اسناد پزشکی

- ۱- در صورت اصلاح تاریخ در زمان نوشتن نسخه ، پزشک چه اقدامی جهت تایید نسخه باید انجام دهد؟
هرگونه اصلاح تاریخ در زمان نوشتن نسخه می بایست در ظهر نسخه مخصوص پزشک نیز قید گردیده و مهر و امضاء گردد
- ۲- پس از نوشتن نسخه، آیا برگ مخصوص بیمار که به عنوان سابقه پزشکی در دفترچه بیماران باقی می ماند باید توسط پزشک مهر و امضاء شود؟
پس از نوشتن نسخه، حتماً برگ مخصوص بیمار که به عنوان سابقه پزشکی در دفترچه بیماران باقی می ماند را مهر و امضاء فرمایند
- ۳- آیا مشاهده برگ سفید دفترچه (نوشته نشده) و یا دفاتر بیمه (بدون حضور صاحب دفترچه) در محل مطب از نظر سازمان بیمه سلامت ایران قانونی است؟
خیر - غیر قانونی می باشد
- ۴- در چه مواردی مغایرت بدون داشتن ضرورت پزشک؟ ک و انجام خدمات درمان؟ ن؟ ز دارو و درخواست پاراکل؟ تجوی باشد؟ ضوابط سازمان م
الف) باشد؟ صرفاً بنا به درخواست هر ب
ب) موجود؟ و استانداردها؟ ح علم؟ خارج از اصول صح
ج) و سازمان گردد؟ ب؟ برا؟ منجر به خسارت مال
د) شده گردد؟ ب؟ برا؟ منجر به خسارت جان.
- ۵- که جمله؟ در مورد نسخ کشید؟ ز؟ و) شود؟ آن نوشته م؟ در رو نسخه به چه صورت به سازمان ارسال گردد؟
برگ اول و دوم نسخه توأمأ ارسال گردد

سوالات خارج از کشور؟ اسناد پزشکی

۱- مدارک درمانی خارج از کشور شامل چه مواردی می باشد؟

شامل مواردی می باشد که بیمه شده در خارج از کشور تحت درمان و اقدامات تشخیصی درمانی قرار گرفته است.

۲- پذیرش اسناد و مدارک در مانی خارج از کشور چگونه پذیرش می شود؟

پذیرش اسناد و مدارک فوق توسط واحد پذیرش خسارت متفرقه ادارات کل بیمه سلامت استانها با مراجعه بیمه شده و ارائه مدارک صورت می گیرد

۳- در صورت مفقود شدن نسخه اصلی مدارک درمانی خارج از کشور، بیمه شده چه اقدامی باید انجام دهد؟

با توجه به احتمال مفقود شدن نسخه اصلی مدارک درمانی، ارسال تصویر روشن و خوانای مدارک (که در اداره کل بیمه سلامت استان برابر اصل شده است) توسط ادارات کل به اداره کل بیمه سلامت استان تهران جهت تأیید پرداخت مجاز می باشد

۴- طبق ضوابط هزینه کدام خدمات بیماران بستری در خارج از کشور در تعهد سازمان می باشد؟

صرفاً هزینه خدمات بستری بیمه شده طبق ضوابط در تعهد سازمان بوده و خدمات سرپایی مانند ویزیت و خدمات پاراکلینیک، دارو و غیره از تعهدات سازمان نمی باشد.

۵- موارد عدم پرداخت سازمان بیمه به بیماران بستری در خارج از کشور کدام است؟

الف) طبق مفاد ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور
پیوند دست، پا و انگشتان (به استثنای موارد اورژانس)، پیوند قلب، مغز و استخوان و کبد، تعویض مفاصل (به استثنای موارد عفونت و شکستگی ها)، اسکولیوز (بجز درمانهای پیشگیری کننده اسکولیوز و تغییرات مفاصل هنگام رشد)، کاشت حلزون شنوایی و اسفنکر مصنوعی مثانه، خدمات اعمال نازایی مانند IVF, GIFT, ZIFT و Infertility مردان در تعهد بیمه پایه نمی باشد.
ب) موارد غیر اورژانس و فاقد مصوبه شورایعالی پزشکی
ج) هزینه خدماتی که مشمول پرداخت بیمه های مسافرتی می باشد مانند تصادفات و ...
د) موارد عدم تعهد طبق بخشنامه ها و ضوابط جاری سازمان
هـ) هزینه های خارج از تعهد سازمان مانند هزینه همراه، تلفن، غذای ویژه و غیره.

۶- آیا صورتحسابهای خارج از کشور در صندوقهای بیمه کارمندی، سایر اقشار و روستاییان و خویش فرما در تعهد

سازمان می باشد؟ بله

۷- بررسی مدارک و محاسبه و پرداخت هزینه تابع چه قوانینی می باشد؟

بررسی مدارک و محاسبه و پرداخت هزینه تابع ضوابط جاری هر صندوق و مقررات ابلاغ شده در زمان معالجه بیمار خواهد بود

۸- شرایط بازپرداخت هزینه درمانی بیماران خارج از کشور کدام موارد می باشد؟

۱. اخذ مجوز از شورایعالی پزشکی.

۲. اورژانسی بودن بستری بیمه شده (در صورت نداشتن مجوز شورایعالی پزشکی)

۹- مهلت ارائه اسناد درمانی بیماران خارج از کشور مطابق با کدام ضوابط می باشد؟

مطابق با ضوابط جاری در خسارت متفرقه می باشد.

۱۰- در پرونده بیمه شده چه خدماتی قابل محاسبه می باشند؟

خدماتی که مشخص و خوانا بوده و دارای ترجمه معتبر باشند در غیر اینصورت سازمان تعهدی در قبال پرداخت موارد مذکور ندارد.

۱۱- مراحل بررسی و محاسبه صورتحسابهای خارج از کشور چگونه می باشد؟

۱. پذیرش تصویر مدارک توسط ادارات کل استانی از بیمه شده
 ۲. فرم پذیرش مدارک درمانی تکمیل شده از طرف ادارات کل استانی
 ۳. ارسال مدارک از ادارات کل بیمه سلامت استانی به اداره کل بیمه سلامت استان تهران.
 ۴. بررسی مدارک ارسالی در واحد خسارت متفرقه اداره کل بیمه سلامت استان تهران.
 ۵. تعیین مبلغ صورتحساب خارج از کشور طبق ضوابط سازمان توسط اداره کل بیمه سلامت استان تهران و درج در فرم محاسبه صورتحساب خارج از کشور (این فرم فقط در اداره کل بیمه سلامت استان تهران تکمیل و بایگانی می گردد).
 ۶. اعلام کل مبلغ قابل پرداخت پس از تکمیل پیش نویس به استان ذیربط توسط اداره کل بیمه سلامت استان تهران از طریق فرم محاسبه هزینه های درمانی خارج از کشور
 ۷. در صورت عدم امکان پرداخت هزینه درمان مراتب مستقیماً از اداره کل بیمه سلامت استان تهران به استان مربوطه اعلام می گردد
 ۸. تمامی مراحل پذیرش، رسیدگی، تأیید و پرداخت سهم بیمه پایه هزینه درمان خارج از کشور بیمه شدگان مشمول قرارداد فی مابین سازمان و شرکت آتیه سازان حافظ تا مدت زمان برقراری قرارداد بر عهده شرکت خواهد بود.
 ۹. در صورت وجود شبهه ای در نحوه پرداخت اسناد خارج از کشور و عدم امکان تصمیم گیری در پرداخت هزینه مراتب به کدام کمیته ارسال می گردد
- به کمیته فنی اداره کل استان تهران ارسال گردد
۱۰. نحوه محاسبه هزینه های درمانی خارج از کشور چگونه می باشد
- در صورت داشتن مجوز شوریاعالی پزشکی هزینه های درمانی خارج از کشور به صورت گلوبال و حداکثر تا سقف ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال و در موارد بدون مجوز شوریاعالی پزشکی به صورت گلوبال و حداکثر تا سقف ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال قابل پرداخت می باشد.

۱۲- مدارک مورد نیاز جهت محاسبه هزینه های درمانی چه مدارکی می باشد؟

۱. تصویر صفحه اول دفترچه بیمار.
۲. تصویر صفحه اول دفترچه سرپرست (چنانچه بیمار بیمه شده اصلی نباشد)
۳. تصویر گذرنامه: (صفحه اول و صفحه حاوی مهر و تاریخ خروج از کشور)
۴. تصویر کلیه مدارک بیمارستانی
۵. ترجمه مدارک درمانی خصوصاً شرح عمل و شرح حال به زبان فارسی و یا لاتین
۶. کلیه مدارک درمانی باید به تایید سفارت جمهوری اسلامی و یا دفاتر حفظ منافع جمهوری اسلامی در کشور مبدأ برسد.
۷. نشانی بیمه شده و شماره تماس
۸. در صورت اخذ مجوز شوریاعالی پزشکی با یا بدون تخصیص ارز علاوه بر رعایت موارد ۱ تا ۷ تصویر موافقت نامه شوریاعالی پزشکی مبنی بر اعزام بخارج از کشور جهت بیمه شده نیز مورد نیاز می باشد.
۹. در موارد اخذ مجوز شوریاعالی پزشکی با تخصیص ارز علاوه بر رعایت موارد ۱ تا ۸ ارائه مدارک ذیل نیز الزامی می باشد.
الف) تصویر نامه شوریاعالی پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مبنی بر تعیین ارز تخصیص یافته
ب) تصویر نامه شوریاعالی پزشکی مبنی بر میزان مابه التفاوت سوبسید ریالی جهت خرید ارز

- پ) تصویر برگ تسویه حساب با بانک فروشنده ارز
ت) تصویر برگ تسویه حساب با شورایعالی پزشکی وزارت بهداشت
۱۰. در مواردیکه بیمه شده بدلیل مشکل اورژانسی تحت مداوا قرار می گیرد تصویر مدارک دال بر اورژانسی بودن علت بستری به همراه ترجمه ضمیمه شده در پرونده بیمارستانی ضروری است.
۱۱. فرم پذیرش مدارک درمانی خارج از کشور تکمیل شده از طرف ادارات کل استانی .
۱۲. خدمات با چه تعرفه ای می بایست قبل از انجام خدمت توسط پزشک معتمد و یا اداره کل (به تشخیص کمیته فنی اداره کل) تأیید گردد.
۱۳. کلیه خدمات با تعرفه بالاتر از ۵K جراحی به غیر از ارتوپدی می بایست قبل از انجام خدمت توسط پزشک معتمد و یا اداره کل (به تشخیص کمیته فنی اداره کل) تأیید گردد.
- ۱۳- آیا خدمات با تعرفه K داخلی نیاز به تأیید دارند ؟ خیر**

سوالات اسناد پزشکی خانواده روستایی

۱- گروه هدف بسته خدمات سطح اول روستایی شامل چه گروه هایی می باشد؟

- نوزادان و کودکان
- نوجوانان و جوانان
- میانسالان
- سالمندان
- مادران باردار

۲- خدماتها و مراقبت‌هایی که در سطح یک، برای اعضای تیم سلامت در نظر گرفته شده است شامل چه مواردی می باشد؟

- الف- مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش
- ب- آموزش و ارتقای سلامت
- ج- مراقبت از جامعه تحت پوشش بر اساس گروه‌های هدف تعیین شده و اجرای برنامه های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت
- د- پذیرش موارد ارجاعی و ارائه پس‌خوراند مناسب
- ه- درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها
- و- ارجاع مناسب و به موقع، پیگیری موارد ارجاع شده به سطح بالاتر
- ز- دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات مورد نیاز بر اساس پس‌خوراند

۳- در آموزش و ارتقای سلامت چه مواردی آموزش داده می شود؟

- ◀ آموزش سلامت
- ◀ ترویج شیوه زندگی سالم
- ◀ خودارزیابی و خودمراقبتی

۴- ارقام داروهای مکمل چه داروهایی می باشد؟

- قطره آهن: خاص کودکان
 - قطره آ + د: خاص کودکان
 - قرص آهن: خاص زنان باردار و شیرده و میانسالان و سالمندان
 - قرص مولتی ویتامین: خاص زنان باردار و شیرده و میانسالان و سالمندان
 - قرص اسیدفولیک: خاص زنان باردار و شیرده و میانسالان و سالمندان
- پول ویتامین D۳ برای افراد ۳۰ الی ۶۰ سال

۵- فهرست خدمات آزمایشگاهی سطح اول چه آزمایشاتی می باشد؟

CBC diff
ESR
CRP

FBS
GCT
Hba_{1c}
BUN/cr
WRIGHT
WIDAL
u/c
U/A
STOOL EXAM
URIC ACID
CHOLESTROL
TG
HDL/ LDL
FreeT₄/TSH
BIL(D,T)
BHCG
گایاک
آزمایش اسمیر خلط از نظر باسیل کخ
لام خون محیطی
پاپ اسمیر

۶- درمورد زنان باردار کدام آزمایش‌هایی دیگر نیز در تعهد سطح اول است؟

VDRL
U/C
HbsAg
Indirect Coombs
Rh&BG
GTT

۷- تصویربرداری های مورد تعهد سطح یک در مراکز بهداشتی درمانی روستایی کدام می باشد؟

- تمام گرافی های ساده سینه ، سینوسها و گرافیهای موردنیاز برای افراد مصدوم

شکایات

۱- شکایات بیمه شدگان و موسسات بیمه گذار شامل چه مواردی می باشد؟

- عدم پذیرش بیمه شده توسط مؤسسه طرف قرارداد
- اضافه پرداختی
- نارضایتی از کیفیت خدمات ارائه شده توسط نمایندگی ها و پزشکان و موسسات طرف قرارداد
- برخورد نامناسب توسط نمایندگی ها و پزشکان و موسسات طرف قرارداد
- عدم تعهد برخی از خدمات
- عدم پرداخت هزینه های درمانی از سوی سازمان در مراکز غیر طرف قرارداد (حسب مورد)
- سوء استفاده مؤسسه از دفترچه بیمه
- عدم رضایت از نحوه مساعدت مالی از سوی سازمان
- عدم رضایت از برخورد رفتاری، گفتاری و کرداری اداره کل و زیر مجموعه
- سایر موارد

۲- شکایات پزشکان و موسسات تشخیصی درمانی و نمایندگی ها از چه مواردی می باشد؟

- عدم پرداخت به موقع مطالبات
- اعمال کسورات
- نپذیرفتن درخواست قرارداد همکاری
- عدم تمدید قرارداد
- نوع تصمیم اتخاذ شده در زمان احراز موارد مغایر (طبق آئین نامه نظارت)
- محدودیت تعیین شده جهت ارائه خدمت
- عدم رضایت از برخورد رفتاری، گفتاری و کرداری اداره کل و زیر مجموعه
- نارضایتی از فرآیندهای اجرایی سازمان
- سایر موارد

۳- نحوه دریافت شکایات به چه نحوی می باشد؟

- ۱- مراجعه مستقیم
- ۲- کتبی
- ۳- تلفنی و شفاهی:
- ۴- سایت اینترنتی - تلفن گویا

۴- مراجعه مستقیم جهت طرح شکایات چگونه انجام می شود؟

با مراجعه بیمه شده ، مؤسسه طرف قرارداد و یا سایر طرف های ذینفع به ستاد مرکزی و اداره کل استان، فرم دریافت و بررسی شکایات در روابط عمومی سازمان ، اداره کل و ادارات بیمه شهرستان جهت بررسی موضوع تکمیل می گردد

۵- شکایات به صورت کتبی چگونه انجام می شود؟

فرم دریافت و بررسی شکایات توسط روابط عمومی و ادارات بیمه شهرستان به نیابت از شاکی جهت بررسی موضوع تکمیل می گردد

۶- در دریافت شکایت از سازمان و یا سایر ارگانها (نهاد رهبری - دفتر ریاست جمهوری - وزارت بهداشت و ...)
چگونه به آنها رسیدگی می شود؟

پس از ارجاع شکایت توسط مدیر کل، فرم دریافت و بررسی شکایات در روابط عمومی توسط کارشناس مربوطه به نیابت از شاکی جهت بررسی موضوع تکمیل خواهد شد.
پس از دریافت شکایات تلفنی، چنانچه بیمه شده و یا مؤسسه طرف قرارداد به دلایل مختلف امکان حضور در اداره کل را نداشته باشد، چگونه به شکایات رسیدگی می شود
با دریافت مشخصات کامل وی از طریق تماس تلفنی و پس از احراز موضوع شکایت قابل رسیدگی خواهد بود.

۷- چنانچه فرد شاکی بطور ناشناس تماس حاصل کرده و شکایت خود را اعلام نماید موضوع چگونه رسیدگی می شود
در دفتر مخصوص این نوع شکایات ثبت می گردد.

۸- آیا در مواقعی که شکایات بصورت شفاهی دریافت شوند شکایت در دفتر رسیدگی به شکایات درج شده و پیگیری می گردد.
بله- جهت ایجاد و حفظ سابقه، شکایت در دفتر رسیدگی به شکایات درج شده و پیگیری می گردد

۹- آیا از اطلاعات ثبت شده در دفتر رسیدگی به شکایات می توان جهت عملکرد مؤسسات طرف قرارداد استفاده نمود.
بله- می توان جهت بررسی مستقیم و غیر مستقیم عملکرد مؤسسات طرف قرارداد استفاده نمود.

۱۰- مسئولیت رسیدگی به شکایات در سازمان بیمه چه کسانی می باشد؟
مسئولیت اجرا بر عهده مدیرکل روابط عمومی و دفتر مدیرعامل (در ستاد مرکزی)- مسئول روابط عمومی (در استان)

۱۱- مراحل رسیدگی به شکایات پس از دریافت شکایت از بیمه شدگان، پزشکان و مؤسسات طرف قرارداد، نمایندگی ها و سایر طرفهای ذینفع چگونه می باشد؟
فرم رسید دریافت شکایت به شاکی تحویل شده و یا از طریق پست، تلفن و پست الکترونیک اعلام وصول می گردد.

۱۲- در شهرستانهای تابعه ادارات کل استانی در صورت دریافت شکایت، موضوع چگونه رسیدگی می شود؟
موضوع مورد بررسی اولیه قرار گرفته و نتایج و مستندات به روابط عمومی اداره کل ارجاع گردیده تا در فرآیند اجرایی مربوطه قرار گیرد.

۱۳- چنانچه شکایت ارائه شده در حیطه شرح وظایف سازمان و یا اداره کل بیمه سلامت استان نباشد شاکی به کدام مراجع ارجاع داده می شود؟
شاکی به مراجع مربوطه (نظام پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و ...) راهنمایی و ارجاع می گردد.

۱۴- آیا در صورت عدم تمایل شاکی به تکمیل فرم مربوطه، موضوع شکایت در دفتر شکایت ثبت می گردد؟

بله

۱۵- مراحل رسیدگی به شکایت چگونه می باشد؟

چنانچه موضوع شکایت قابل بررسی باشد فرم دریافت و بررسی شکایات از طریق مدیرکل ستادی و یا روسای ادارات استانی به کارشناس مربوطه ارجاع گردیده و طی انجام اقداماتی از جمله بازدید از مراکز، بررسی اسناد و یا دعوت از پزشک یا مؤسسه موضوع مورد بررسی قرار می گیرد. کلیه مستندات مربوط به اقدام انجام شده اعم از فرم بازدید و ... می بایست ضمیمه مدارک مربوط به شکایات گردد.

۱۶- واحد بررسی کننده چگونه به شکایات رسیدگی می کند؟

واحد بررسی کننده شرح بررسی های بعمل آمده و نتایج و اقدامات انجام شده را به همراه نظریه کارشناسی در کادر شرح بررسی فرم دریافت و بررسی شکایات درج نموده و به اداره کل / واحد روابط عمومی ارائه می نماید. چنانچه نتایج بررسی های بعمل آمده باعث احراز عدم رعایت ضوابط سازمان از سوی مؤسسات باشد طبق دستورالعمل های مربوطه اقدام می گردد و مراتب به عنوان خدمات نامنطبق ثبت شده و اقدامات لازم انجام می پذیرد.

۱۷- چنانچه موضوع شکایت نیاز به طرح در کمیته فنی خدمات سلامت استان و یا شوراهای کمیته های مرتبط ستاد

مرکزی داشته باشد چه اقدامی ضروری می باشد؟

ضروری است در دستور کار اولین جلسه پس از اخذ شکایت قرار گیرد و حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از زمان دریافت شکایت موضوع رسیدگی و پاسخ به شاکی ارائه گردد و اقدامات مربوط به موضوع درخصوص متشاکی (شخص حقیقی یا حقوقی مورد شکایت) در صورت ضرورت سیر مراحل اداری خود را شروع نماید.

۱۸- چنانچه شاکی از پاسخ ارائه شده قانع نشده باشد، روند پیگیری شکایت چگونه می باشد؟

مجدداً مطابق مراحل قبلی (از ابتدای فرآیند تاکنون) طی خواهد شد و در صورت قانع نشدن شاکی، در اداره کل استانی مراتب به واحدهای ذیربط ستاد سازمان ارسال شده و در ستاد مرکزی مراتب به مدیریت ارشد سازمان منعکس می شود. پس از دریافت پاسخ از واحدهای ذیربط ستادی یا دستور مدیرعامل سازمان علاوه بر اطلاع رسانی به شاکی، مراتب به واحدهای مربوطه اعلام می گردد.