

آن روز که ما بتوانیم امکانات خوب درمانی را برای همه فراهم کنیم، یقیناً آن روز برای همه ما یک عید است و امید

مدارک و مستندات بیمه شدگان در بخش روز پرداخت

نکته مهم: با توجه به محدودیت‌های موجود در پرداخت هزینه‌های مراکز غیرطرف قرارداد، در صورت ضرورت استفاده از خدمات این مراکز، کسب اطلاع قبلی از مقررات مربوطه الزامی می‌باشد و حداکثر تا سقف تعرفه‌ی مصوب دولت و تعهدات تعیین شده سازمان قابل پرداخت می‌باشد.

مدارک عمومی

۱. ارائه اصل دفترچه بیمه درمانی بیمه شده
 ۲. ارائه اصل شناسنامه و رویت صفحه دوم آن جهت فرزندان اناث بالای ۱۸ سال و نسبت‌های اناث فرزند همسر، فرزند خوانده، نو خواهر
 ۳. ارائه اصل گواهی اشتغال به خدمت جهت کارکنان وظیفه و عائله تحت تکفل از یگان خدمتی

وجهه:

خوانندگان محترم لطفاً پس از مطالعه محتواهای بروشور و در صورت عدم نیاز در اختیار سایر بیمه شدگان محترم قرار گیرد.

توضیحات	رویت و حضور بیمه شده جهت تأیید	رویت اصل گزارش یا جواب خدمت و ضمیمه تصویر مربوطه	اصل فاکتور معابرداری مهرو امضاء، آدرس، تلفن مرکز ارائه دهنده	دستور پزشک (مهرو امضاء) در برگ سبز دفترچه بیمار	مدارک اختصاصی مورد نیاز برای خدمات مختلف
خدماتی مانند فیزیوتراپی خاص، سی تی آنژیوگرافی عروق کرونر قلب و... که شرایط و ضوابط جدایگانهای دارد بر اساس دستورالعمل های مربوطه عمل گردد	حسب مورد	حسب مورد	اصل صورتحساب و ریز خدمات پرونده بستری موقت	+	سایر
—	—	+ ممکن به مهر با امضاء مسئول فنی / امرکز با ذکر تاریخ	ممکن به مهر مرکز ارائه دهنده خدمت با ذکر مشخصات بیمار و تاریخ	+	آزمایش / اسی تی / اسکن / MRI / دانسیتومتری / فیبرواسکن / سونوگرافی و ...
در صورت نیاز مطابق دستورالعمل شماره ۴۸۵۵/د/۳۱/۱۸۲۱ مورخ ۹۶/۱۰/۱۲ اقدام شود	—	+ - فرم پلان درمان به تفکیک فیلدهای شانهای درمانی، تعداد جلسات و تاریخ های مربوطه - تصویر برگه گزارش سیمولاتور - تصویر فیلم پورتال - ارسال تصویر ساخت شیلد در صورت استفاده DVH - منحنی	+ - برگه شرح معاینات جهت پرداخت هزینه ویزیت حین درمان با تاریخ ممکن به مهر و امضاء رادیوتراپیست - پرینت تائیدیه ممکن به مهر و امضاء کاربر سازمان یا مرکز	- برگه درخواست اولیه و تجویز خدمت اولیه - برگه سبزدفترچه حاوی برنامه درمان رادیوتراپیست و مرکز. - برگه پذیرش یا فرم رادیوتراپی حاوی کدهای ملی با ذکر تعداد، نوع خدمت مهمور به مهرو امضاء رادیوتراپیست و فیزیک پزشکی	رادیوتراپی
- فعال بودن کد بیماری بدینهی در سیستم. - مدارک دال بر متناسباز بدینهی	—	+	+	+	PET
پرونده با ضمائم کامل: - برگه سبز دفترچه بیمه حاوی دستور بستره - اصل صورتحساب با مهر مرکز - خلاصه پرونده - حسب مورد تصویر برگه بیهوشی و شرح عمل - اصل لیست تجهیزات و دارو - تصویر آزمایش، پرتو پزشکی، مشاوره و ...	(با توجه به لزوم رویت بیمار در برخی از پرونده ها توسط ادارات استانی، اطلاع رسانی لازم به بیمه شده توسط کاربران دفاتر انجام پذیرد)	پرونده با ضمائم کامل	اصل صورتحساب و ریز لیست دارو و لوازم پرونده بستری	+	هزینه بستره
- صرفًا به بازنیستگان و عائله تحت تکلف آنها پرداخت می گردد. - به شاغلین و کارکنان وظیفه و خانواده های آنها پرداخت نمی گردد.	—	+	گواهی انجمن حمایت از بیماران کلیوی مبنی بر مشخصات فرد دهنده کلیه - نسخه دوم و یا تصویر برابر اصل فیش بانکی هزینه پرداختی به حساب انجمن	+	هدیه پیوند کلیه
- شماره نمره ۳ یا بالای ۳ باشد - سن فرد بالای ۲۰ سال باشد	—	جواب سونوگرافی چشم	+	+(با ذکر نمره چشم)	لیزیک
- رویت اصل شناسنامه زوجین و ضمیمه تصویر صفحه دوم شناسنامه های زوج و زوجه. شرط تعهد خدمت: ۲ سال از تاریخ ازدواج گذشته باشدو برای خانمهای بالای ۳۵ سال یکسال نداشتن فرزند زنده مشترک - عدم ارائه خدمات در مراکز طرف قرارداد با وزارت بهداشت	—	+	+	+(با ذکر نوع نازایی) (IUI/IVF) (ICSI/ZIFT/GIFT/)	نازایی
- تایید کمیسیون پزشکی هیئت امنا ارزی - تصویر فیش پرداختی	—	+	+	+	کاشت حلزون
مهر نظام پزشکی کارشناس ارتز و پروتز و مسئول فنی	—	—	+	+	ارتز و پروتز
ارایه فاکتور پذیرایی	—	تصویر گزارش مرکز درمانی	+	+(با ذکر علت)	اسکان و پذیرایی جانبازان
رسید آرنس با تایید مرکز درمانی	—	گزارش کتبی جانباز (وسیله شخصی)	اصل لائه بلیط مسافرت	+	ایاب و ذهاب (جانبازان)
الاصاق برچسب کالا - تکمیل فرم های مربوطه - معرفی نامه سازمان در مراکز دولتی و نظمی	—	+	+	+	مدارک لازم برای اقلام پزشکی حین بستره
- همراه داشتن سمعک الزامی است - رویت اصل و ضمیمه کپی کارت گارانتی سمعک	—	اصل جواب نوار گوش با مهر انجام دهنده و تاریخ	+	+	سمعک
—	—	—	+	+	سرنگ انسولین، سرسوزن انسولین، نوار تست قند
—	—	خلاصه پرونده بیمارستانی	+	+(با ذکر علت)	پمپ تزریق دسفرال
—	—	—	+	+(با ذکر علت)	ویلچر استاندارد، واکر، عصا، کپسول اکسیژن، تشک مواجه
—	—	—	+	+(با ذکر علت و نوع لنز)	لنز تماسی (نرم و سخت)
—	—	—	+	+(با اپتمتریست با تعیین نمره چشم)	عينک
—	—	—	+	+(با ذکر درج تشخیص و علت)	کیسه استومی و چسب و پایه آن
درج قیمت دارو در برگ سبز با مهر داروخانه مورد قبول است	—	—	به تفکیک اقلام، مبلغ پرداختی بیمار، تاریخ خرید دارو و مشخصات بیمار	+	دارو

۰۹۶۲۱ ارتباط با مشترکان: مرکز

با مراجعه به سایت اینترنتی سازمان از آخرین اخبار، بسته تعهدات، خدمات و تعرفه‌های سازمان مطلع شوید.

WWW.ESATA.IR/WEB/SAHKAD

