

«راهنمای پرداخت هزینه های درمانی»

بیمه شدگان محترم می توانند با رعایت موارد مطرح شده در زیر و تحویل اسناد به نماینده محترم سازمان متبوعه خود، هزینه های خود را دریافت نمایند. بیمه شدگان می بایست قبل از بستری و انجام اعمال زیر، توسط پزشک معتمد بیمه گر معاینه و تائیدیه دریافت نمایند:

- استراییسم (انحراف چشم)
- سپتو پلاستی (انحراف بینی)
- کلیه اعمال جراحی که میتواند جنبه زیبایی نیز داشته باشد.
- رفع عیوب انکساری چشم مانند: لیزیک ، لازک ، PRK و ...

برای دریافت تائیدیه قبل از عمل ، جهت اعمال لیزیک ، لازاک ، PRK و ... به **اپتومتریست های معتمد** معرفی شده در سایت مراجعه نمایید.

لیست اپتومتریست های معتمد شرکت را می توانید از صفحه مراکز درمانی طرف قرارداد دریافت نمایید.

مدارک لازم جهت دریافت خسارت :

| ردیف | تعهدات بیمه گر | مدارک مورد نیاز |
|------|---|---|
| ۱ | هزینه های پاراکلینیکی و سرپائی (آندوسکوپی، سونوگرافی، سی تی اسکن، ام آر آی) و ... | ۱- اصل قبض (فاکتور) ممهور به مهر مرکز و صندوق ۲- دستور پزشک ممهور به مهر پزشک معالج ۳- تصویر جواب ۴- تصویر کارت ملی بیمار ۵- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار <u>توجه:</u> در صورت عدم محاسبه سهم بیمه پایه ارائه اصل دستور پزشک (برگه سبز دفترچه) الزامیست. |
| ۲ | هزینه آزمایش | ۱- اصل قبض آزمایشگاه ممهور به مهر آزمایشگاه ۲- دستور پزشک ممهور به مهر پزشک معالج ۳- تصویر جواب آزمایش (در صورتیکه پرداخت هزینه آزمایش منوط به تجویز پزشک متخصص باشد ارائه گواهی پزشک معالج الزامی است). ۴- تصویر کارت ملی بیمار ۵- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار <u>توجه:</u> در صورت عدم محاسبه سهم بیمه پایه ارائه اصل دستور پزشک (برگه سبز دفترچه) الزامیست . |
| ۳ | ویزیت | ۱- اصل گواهی پزشک مبنی بر مبلغ دریافتی جهت ویزیت به همراه تاریخ و ذکر نام بیمار و ممهور به مهر پزشک معالج در سرنسخه ۲- تصویر کارت ملی بیمار ۳- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار |

| | | |
|---|--|--|
| ۴ | <p>۱- اصل قبض (فاکتور) ممه‌ور به مهر مرکز فیزیوتراپی (ذکر تعداد جلسات و اندام‌ها الزامی می‌باشد) ۲- کاردکس جلسات فیزیوتراپی با درج تاریخ و ممه‌ور به مهر مرکز فیزیوتراپی ۳- تصویر درخواست پزشک معالج برای انجام فیزیوتراپی ۴- تصویر کارت ملی بیمار ۵- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار</p> <p>توجه: در صورت عدم محاسبه سهم بیمه پایه ارائه اصل دستور پزشک (برگه سبز دفترچه) الزامیست .</p> | فیزیوتراپی |
| ۵ | <p>۱- هزینه داروهای قابل پرداخت فقط مربوط به داروهایی می‌باشد که در تعهد بیمه‌گر اولیه باشد.</p> <p>۲- ارائه نسخه دارو و ممه‌ور به مهر داروخانه و پزشک معالج و درج قیمت توسط داروخانه و ارائه ریز فاکتور داروخانه</p> <p>۳- در مورد داروهای خارجی تجویز شده توسط پزشک معالج متخصص، گواهی پزشک معالج جهت ضرورت و طول دوره مصرف آن در پشت نسخه، یا سرنسخه پزشک معالج مربوطه الزامی می‌باشد. ۴- تصویر کارت ملی بیمار ۵- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار</p> <p>تبصره ۱) جهت دریافت هزینه داروهای تزریقی خاص (MS، شیمی درمانی و ...) ارائه گواهی تزریق با مهر بیمارستان و یا کلینیک معتبر الزامی است.</p> <p>تبصره ۲) ارائه گواهی تزریق توسط پزشک معالج جهت داروهای تزریقی خاص مانند داروی تزریق داخل مفاصل الزامی است.</p> <p>توجه: در صورت عدم محاسبه سهم بیمه پایه ارائه اصل دستور پزشک (برگه سبز دفترچه) الزامیست .</p> | دارو |
| ۶ | <p>۱- اصل قبض (فاکتور) عینک سازی با سر برگ معتبر ممه‌ور به مهر مرکز مربوطه و دارای تأیید اپتومتریست معتمد ۲- اصل در خواست پزشک معالج ممه‌ور به مهر پزشک معالج ۳- تصویر کارت ملی بیمار ۴- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه</p> <p>بیمه شدگان می‌بایست با در دست داشتن عینک ، فاکتور خرید عینک و نیز دستور پزشک برای دریافت تأییدیه به اپتومتریست های معتمد معرفی شده در سایت مراجعه نموده و پس از دریافت تأییدیه ، به شعب بیمه کوثر مراجعه نمایند. لیست اپتومتریست های معتمد را می‌توانید از قسمت مراکز طرف قرارداد دریافت نمایید.</p> <p>بیمه شدگان محترم دارای دفترچه خدمات درمانی نیروهای مسلح ضمن مراجعه به دفاتر ساتا و دریافت سهم بیمه پایه با ارائه تصویر دستور پزشک ، تصویر فاکتور عینک ممه‌ور به مهر سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح و مشخص نمودن سهم سازمان مربوطه بدون تأیید اپتومتریست معتمد و تا سقف مندرج در بیمه نامه می‌توانند از تعهد عینک استفاده نمایند .</p> | عینک |
| ۷ | <p>۱- گواهی پزشک معالج با ذکر توضیحات کامل مبنی بر نوع جراحی و یا خدمت انجام شده جهت بیمار و ذکر مبلغ دریافت شده از بیمار ، (در خصوص موارد جراحی همراه با اکسیژن و خارج سازی بافت از بدن بیمار ارسال جواب پاتولوژی الزامیست) ۲- تصویر کارت ملی بیمار ۳- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار</p> <p>تبصره: موارد جراحی همراه با اکسیژن و خارج سازی بافت از بدن بیمار ارائه جواب پاتولوژی الزامیست .</p> | هزینه های جراحی مجاز سرپایی ، ختنه ، لیزر درمانی و.. |
| ۸ | <p>۱- دستور پزشک متخصص طب هسته ای یا متخصص آنکولوژی ۲- فاکتور صادر شده توسط مرکز با ذکر تعداد شانهای مصرفی ۳- جواب پاتولوژی ۴- تصویر کارت ملی بیمار ۵- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه</p> <p>تبصره) در صورت مراجعه به مراکز خصوصی و عدم محاسبه سهم بیمه‌گر پایه در صورتحساب ، مراجعه به بیمه‌گر پایه و ارائه تصویر مدارک فوق ممه‌ور به مهر بیمه‌گر اول ، نامه و یا پرینت از سایت بیمه‌گر پایه الزامیست.</p> | رادپوتراپی |

| | | |
|---|---------------------------------|-----------|
| <p>۱- گواهی پزشک فوق تخصص آنکولوژی مبنی بر نوع شیمی درمانی و مبلغ دریافتی ۲- فاکتور داروهای خریداری شده و ... ۳- جواب پاتولوژی ۴- تصویر کارت ملی بیمار ۵- تصویر صفحه اول دفترچه بیمار</p> <p><u>توجه:</u> در صورت عدم محاسبه سهم بیمه پایه ارائه اصل دستور پزشک (برگه سبز دفترچه) الزامیست.</p> | <p>شیمی درمانی در مطب</p> | <p>۹</p> |
| <p>۱- اصل صورت حسابهای بیمارستانی ممهور به مهر بیمارستان و صندوق ۲- اصل صورت حساب پزشکان ممهور به مهر بیمارستان و صندوق ۳- اصل گواهی پزشک معالج (در خصوص موارد جراحی گزارش اتاق عمل الزامی می باشد) ۴- اصل گواهی سایر پزشکان معالج و مشاور ۵- اصل گواهی بیهوشی یا برگه بیهوشی اتاق عمل ۶- اصل قبوض یا ریز آزمایشات، رادیولوژی، سی تی اسکن و ... ۷- اصل نسخ دارویی، ریز لوازم مصرفی، فاکتور پروتزها (ممهور به مهر جراح مبنی بر استفاده پروتز) ۸- تصویر صفحه اول دفترچه بیمار ۹- تصویر کارت ملی بیمار</p> <p><u>تبصره ۱۵)</u> در صورت مراجعه به مراکز خصوصی و عدم محاسبه سهم بیمه گر پایه در صورتحساب، مراجعه به بیمه گر پایه و ارائه تصویر مدارک فوق ممهور به مهر بیمه گر اول، نامه و یا پرینت از سایت بیمه گر پایه الزامیست.</p> <p><u>تبصره ۲)</u> در مواردیکه صورت حساب بیمارستانی فرانشیزی می باشد نیازی به ارائه ریز آزمایش دارو، رادیولوژی و ... نمی باشد.</p> | <p>بستری و جراحی بیمارستانی</p> | <p>۱۰</p> |
| <p>۱- ارائه ریز خدمات در سرنسخه دندانپزشک دارای مبلغ هر خدمت بصورت جداگانه و ممهور به مهر دندانپزشک ۲- ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از خدمت طبق دستورالعمل ارائه شده به بیمه گذار ۳- دریافت تأییدیه از دندانپزشک معتمد جهت خدمات انجام شده در مراکز غیرطرف قرارداد ۴- تصویر کارت ملی ۵- تصویر صفحه اول برگه دفترچه بیمه بیمار</p> | <p>دندانپزشکی</p> | <p>۱۱</p> |

جهت دریافت اطلاعات بیشتر می توانید به پورتال شرکت بیمه کوثر، صفحه درمان گروهی به آدرس ذیل مراجعه نمایید.

www.kowsarinsurance.ir