

دستورالعمل دریافت / ارائه مدارک درمانی

مدارک مورد نیاز	نوع خدمت
<p>سربرگ معتبر پزشک ممهور به مهر پزشک معالج + مبلغ هزینه + تاریخ مراجعه + نام و نام خانوادگی بیمار + کد ملی بیمار (در صورت قرارداد با بیمه های پایه درج کد رهگیری)</p>	<p>ویزیت (عمومی، متخصص، فوق تخصص، دندانپزشکان، روانپزشکان، کارشناسان و کارشناسان ارشد پروانه دار)</p>
<p>اصل پرینت کامپیوتری ریز اقلام دارویی داروخانه ممهور به مهر داروخانه و دارای کد رهگیری + کپی نسخه پزشک معالج (اخذ پرینت نسخه پزشک از داروخانه)</p>	<p>هزینه دارو</p>
<p>اصل قبض پرداختی (کپی و المثنی غیر قابل بررسی) + تصویر گزارش (ریپورت) خدمت انجام شده + برگه دستور پزشک معالج ممهور به مهر یا اخذ پرینت نسخه پزشک از مرکز درمانی</p>	<p>هزینه های پاراکلینیکی و سرپایی (سی تی اسکن، سونوگرافی، آزمایشات، MRI و ...)</p>
<p>اصل نسخه دندانپزشک ممهور به مهر دندانپزشک معالج با ذکر خدمات انجام شده به تفکیک ذکر شماره دندان</p> <p>*تبصره: هزینه های ترمیم (۵ یا بیش از ۵ عدد)، عصب کشی، پست، روکش (بیش از ۱ مورد)، جراحی دندان (نسج نرم و سخت) OPG قبل از انجام کار و گرافی بعد الزامیست.</p> <p>*هزینه های دندانپزشکی صرفا شامل کشیدن، ترمیم، درمان ریشه، جرم گیری و بروساژ، روکش و جراحی لثه، ایمپلنت، ارتودنسی، دندان مصنوعی و جراحی می باشد.</p>	<p>دندانپزشکی</p>

<p>۱- اصل نسخه پزشک (چشم پزشک متخصص یا اپتومتریست) که حاوی شماره چشم بوده و ممهور به مهر متخصص چشم پزشک باشد.</p> <p>۲- اصل فاکتور معتبر مراکز تهیه و فروش عینک + تاریخ + نام بیمار + مبلغ دریافتی + مهر مرکز + پرینت کامپیوتری نمره چشم + رسید دستگاه کارتخوان</p>	<p>عینک و لنز تماس طبی</p>
<p>فیزیوتراپی :</p> <p>۱- دستور پزشک متخصص معالج مبنی بر ذکر ناحیه و تعداد جلسات فیزیوتراپی؛</p> <p>۲- ارائه کارت مراجعات؛</p> <p>۳- ارائه تاییدیه انجام تعداد جلسات فیزیوتراپی که ممهور به مهر و امضاء فیزیوتراپیست رسیده باشد به همراه هزینه پرداختی</p> <p>۴- رسید دستگاه کارتخوان</p> <p>کاردرمانی و گفتار درمانی :</p> <p>۱- دستور پزشک متخصص معالج با ذکر تعداد جلسات مورد نیاز و طول درمان</p> <p>۲- فاکتور هزینه پرداختی طبق جلسات مربوطه به خدمات انجام شده</p> <p>تاییدیه انجام تعداد جلسات خدمات انجام شده توسط کارشناس مربوطه که به مهر و امضاء رسیده باشد</p>	<p>*فیزیوتراپی ، کاردرمانی و گفتار درمانی</p>
<p>۱- دستور پزشک متخصص گوش و حلق و بینی (ENT)</p> <p>۲- گزارش ادیومتری یا نوار گوش</p> <p>۳- فاکتور معتبر تجهیزات پزشکی سمعک دارای کد اقتصادی</p> <p>۴- تاییدیه اودیولوژیست معتمد شرکت بیمه</p> <p>۵- ارائه کارت گارانتی سمعک</p> <p>اخذ سهم بیمه گر پایه</p>	<p>*سمعک</p>

<p>*کلیه اروتزها مانند گردن بند طبی-مچ بند طبی- زانو بند طبی-جوراب واریس-بریس که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج مرتبط و تایید پزشک معتمد بیمه گر و با ارائه فاکتور معتبر از مراکز ارائه دهنده تجهیزات پزشکی و داروخانه قابل پرداخت است.</p>	<p>*اروتز، پروتز و وسایل کمک پزشکی بلافاصله بعد از عمل جراحی</p>
<p>طرف قرارداد : آنلاین با معرفی نامه در مراکز طرف قرارداد قابل انجام می باشد.</p> <p>غیرطرف قرارداد : پس از پرداخت هزینه های بیمارستان مدارک مورد نیاز که شامل :</p> <p>۱- اصل صورتحساب بیمارستانی ممهور به مهر مرکز</p> <p>۲- اصل صورتحساب پزشکان ممهور به مهر</p> <p>۳- اصل گواهی پزشک معالج(شرح عمل جراحی)</p> <p>۴- اصل گواهی بیهوشی یا برگ بیهوشی اتاق عمل</p> <p>۵- اصل یا تصویر آزمایشات و رادیولوژی و</p> <p>۶- اصل یا تصویر نسخ دارویی و لوازم مصرفی و فاکتور پروتز ممهور به مهر جراح و اتاق عمل.</p> <p>۷- برگ خلاصه پرونده</p> <p>***نکته مهم : در صورتی که بیمارستان با بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) <u>طرف قرار داد نباشد ابتدا سهم بیمه گر پایه اخذ و مستندات برابر اصل شده به همراه نامه سازمان های بیمه گر پایه به شرکت بیمه تحویل داده شود.</u></p>	<p>*بیمارستان</p>



<p>چنانچه اعمال مجاز سر پائی در مطب انجام شود (مانند برداشتن لیپوم، کیست و) هزینه ها با ارائه مستندات ذیل انجام می گردد :</p> <p>گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع عمل، محل آناتومیکی ، اندازه ضایعه و اصل یا کپی گزارش پاتولوژی.</p>	<p>اعمال مجاز سر پائی</p>
--	---------------------------

اعمال جراحی که باید قبل از عمل به تایید پزشک معتمد بیمه گر برسد:

- ۱- جراحی فتق نافی و شکمی (هرنی)
 - ۲- جراحی کاهنده سینه (ماموپلاستی)
 - ۳- بالن معده ، چاقی مفرط (اسلیو و بایپس معده، گاسترینگ بایندینگ و بالن معده)
 - ۴- انحراف بینی (سیتوپلاستی)
 - ۵- افتادگی پلک چشم (بلفاروپلاستی)
 - ۶- بیماری های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم (لیزیک/لازک)
 - ۷- استرابیسم (لوچی چشم)
 - ۸- ژنیکو ماستی
 - ۹- لیزر هموروئید
- قبل از هرگونه اقدام باید به تایید پزشک معتمد شرکت بیمه گر برسد در غیر اینصورت بیمه گر هیچ گونه تعهدی نسبت به پرداخت هزینه ندارد.

***در صورتی که به مراکز درمانی طرف قرارداد مراجعه شود معرفی نامه به صورت آنلاین صادر خواهد شد.**

***مراکز طرف قرار داد بیمه دانا در پورتال بیمه دانا به آدرس :**

برگ مراکز ارائه خدمات  www.dana-insurance.ir  **اکز درمانی**