



دستورالعمل جامع خسارت درمان

۱- هدف

هدف از نوشتن این دستورالعمل، تشریح تفصیلی روش و فرآیند پرداخت خسارت در بیمه های درمان تکمیلی در تمامی مراکز متعادل پرداخت خسارت " شرکت بیمه آرمان " می باشد.

۲- دامنه کاربرد:

این دستورالعمل برای تشریح تفصیلی نحوه پرداخت خسارت در بیمه های درمان تکمیلی در تمامی مراکز متعادل پرداخت خسارت " شرکت بیمه آرمان " تدوین شده است. منظور از مراکز متعادل خسارت، شامل ستاد مرکزی و شعب شرکت می باشد.

۳- مسئولیت ها:

مسئولیت اجرا و نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل، بر عهده مدیر بیمه های درمان می باشد.

۴- تعاریف:

- **تعهدات بیمه گر:** عبارت است از جبران کلیه هزینه های درمانی و بیمارستانی هریک از بیمه شدگان که براساس شرایط قرارداد و با رعایت فرانشیز توافق شده قابل پرداخت است.
- **بیماری:** عبارت است از هرگونه عارضه جسمی و تغییر نامساعد و اختلال در اعمال عادی و طبیعی اعضا و جهازهای مختلف بدن که از سوی مراجع پزشکی قابل تشخیص بوده و ارتباطی با اعمال ارادی بیمه شده نداشته باشد.
- **حادثه:** حادثه عبارت است از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده روی داده و موجب وارد آمدن صدمه جسمی به بیمه شده گردد.
- **حق بیمه:** حق بیمه وجهی است که بایستی بیمه گذار در مقابل تعهدات بیمه گر بپردازد و انجام تعهدات بیمه گر موکول به پرداخت حق بیمه به نحوی که در شرایط خصوصی بیمه نامه توافق شده باشد.
- **دوره انتظار:** دوره انتظار مدتی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد.
- **فرانشیز:** درصد معینی از هزینه های مورد تعهد است که تامین آن به عهده بیمه شده یا بیمه گذار است و میزان آن در شرایط خصوصی بیمه نامه تعیین می شود.
- **اصل غرامت یا اصل زیان:** بیمه، قراردادی است که موضوع آن جبران خسارت وارده به اموال و دارایی بیمه گزار است. به موجب اصل غرامت، بیمه نباید هرگز به صورت منبع استفاده برای بیمه گزار درآید و وقتی بیمه بطور کامل و صحیح انجام گرفته باشد نباید پرداخت خسارت تغییری به نفع بیمه گزار در وضع مالی او بوجود آورد.
- **اصل حسن نیت:** بیمه گذار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسشهای بیمه گر کلیه اطلاعات خود را در اختیار بیمه گر قرار دهند. اگر بیمه گذار در پاسخ به پرسشهای بیمه گر عمداً از اظهار نظر مطالبی خودداری نماید و یا عمداً برخلاف واقع اظهار نظر بنماید، بیمه نامه باطل و بلااثر خواهد بود حتی اگر مطالبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچگونه تأثیری در وقوع بیماری یا حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه گذار مسترد نخواهد شد، بلکه بیمه گر می تواند مانده حق بیمه را نیز مطالبه نماید.

تبصره ۱: چنانچه معلوم شود هریک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر عمداً از اظهار نظری خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه شدگان حذف گردیده و استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت نموده است



دستورالعمل جامع خسارت درمان

۵- نحوه اجرا:

۵-۱- دریافت مدارک: کلیه هزینه های پزشکی می بایست با نامه رسمی بیمه گذار و مراکز درمانی طرف قرارداد و پس از ثبت در دبیرخانه شرکت به ادارات و یا واحدهای پرداخت خسارت ارجاع گردد.
توجه: مدارک پزشکی می بایست به ترتیبی که در ذیل آمده است در پرونده ضمیمه گردد.

۵-۱-۱- مدارک عمومی مورد نیاز برای تشکیل پرونده و پرداخت خسارت درمان:

- فرم اظهار نظر پزشک معتمد (در صورت لزوم)
- نامه بیمه گذار یا نامه مرکز درمانی به انضمام لیست اسامی استفاده کنندگان و مبلغ درخواستی .

۵-۱-۲- مدارک مورد نیاز برای هزینه های سرپایی:

- دستور پزشک دارای تاریخ و ممهور به مهر و امضای پزشک .
- تصویر گزارش (جوابیه) هزینه انجام شده در صورت لزوم .مانند جواب آزمایش ،رادیولوژی ،سونوگرافی وغیره
- اصل قبض رسید مبالغ پرداختی با قید مشخصات بیمه شده ، مبلغ دریافتی ، تاریخ ، مهر و امضای پزشک

تبصره ۲: مگر در مواردی که دستوردهنده و انجام دهنده یک پزشک باشد (مانند نوار قلب) جواب و قبض مورد نیاز است.

۵-۱-۳- مدارک مورد نیاز برای هزینه های بستری در بیمارستان :

- برگ بازدید بیمه شده در مراکز درمانی
- تصویر چک یا گواهی سهم بیمه گر پایه در صورت دریافت هزینه توسط بیمه شده از بیمه گر اول
- گزارش حادثه در صورتیکه بیمه شده بر اثر حادثه بستری شده باشد
- صورتحساب کلی بیمارستان با ذکر تاریخ ورود و خروج بیمه شده از بیمارستان و مبلغ دریافت شده از بیمار.
- صورتحساب پزشکان (در صورتیکه از صورت حساب بیمارستان جدا باشد)
- گواهی پزشک مبنی بر نوع بیماری یا نوع عمل جراحی انجام شده و دستمزد دریافت شده
- گواهی بیهوشی با تعیین زمان شروع و پایان بیهوشی یا مدت آن (در صورت انجام عمل جراحی)
- گواهی پزشکان مبنی بر ویزیت یا مشاوره
- ریز مدارک آزمایشگاه ،رادیولوژی اسکن و....
- ریز نسخ دارو و لوازم مصرفی
- شرح اتاق عمل جراحی
- سایر مدارک (مواردی که در صورتحساب بیمارستان قید شده است)

توجه: پس از دریافت مدارک کارشناس پذیرش مربوطه اقدام به بررسی اجمالی از مدارک نموده و در صورت نقص مدارک مراتب را کتبا به بیمه شده اعلام می نماید. در صورت تکمیل مدارک پرونده جهت اقدامات بعدی به واحد خسارت ارجاع می گردد. در ضمن تکمیل و یا رفع نواقص پرونده مربوط به بیمارستانهای طرف قرارداد با نامه کتبی ویا مراجعه حضوری کارشناس به بیمارستان صورت می گیرد.



شماره سند: IN-HL-64/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد.

صفحه: ۱۱ از ۳

دستورالعمل جامع خسارت درمان

۵-۲- ثبت نامه های بیمه گذاران: با توجه به اینکه مراحل پیگیری و پاسخگویی به بیمه گذاران و یا مراکز درمانی طرف قرارداد، بر اساس شماره و تاریخ نامه می باشد، لذا تمامی نامه های ارجاعی در هنگام تشکیل پرونده می بایست در سیستم جامع ثبت گردد.

۵-۳- بررسی اجمالی مدارک پزشکی: قبل از تشکیل پرونده می بایست نسبت به بررسی اجمالی مدارک اقدام و در صورت نیاز به رفع نواقص مدارک و یا دعوت به معاینه بیمه شدگان بترتیب زیر اقدام نمود:

۵-۳-۱- رفع نواقص مدارک پزشکی بیمه گذاران: مدارکی که بصورت ناقص (کلیه پرونده هایی که طبق موارد قید شده در بند تشکیل پرونده تکمیل نشده ناقص تلقی می گردد) از طرف بیمه گذاران ارسال می گردد، طی نامه و یا فرم های از قبل تهیه شده با ذکر موارد درخواستی جهت رفع نواقص به بیمه گذار عودت داده شده و اصل نامه در سوابق مربوط به همان بیمه گذار بایگانی گردد.

۵-۳-۲- رفع نواقص و مغایرت صورتحساب مراکز درمانی طرف قرارداد: تکمیل و یا رفع نواقص پرونده های مربوط به مراکز درمانی طرف قرارداد با مذاکره تلفنی، نامه کتبی و یا مراجعه حضوری کارشناس به مرکز درمانی صورت می گیرد. در صورت اعتراض مراکز درمانی طرف قرارداد به کسورات منظور شده در صورتحسابهای ارسالی مراتب ضمن بررسی مجدد با پاسخ کتبی و درج مهلت بیست روزه دریافت جوابیه به مراکز درمانی اعلام می گردد. بدیهی است در صورتی که در مهلت مقرر پاسخ لازم اخذ نگردید موضوع خاتمه یافته تلقی و در سوابق پرونده درج می گردد.

۵-۳-۳- دعوت به معاینه بیمه شدگان: مواردی که نیاز به معاینه بیمه شده توسط پزشک معتمد شرکت می باشد به شرح ذیل است:

- عدم بازدید بیمار در زمان بستری بیمه شده در مراکز درمانی جهت شناسایی بیمه شده (در صورت لزوم)
- نیاز به تعیین کد جراحی پرونده پزشکی
- بررسی اعتراضات بیمه گذاران و مراکز درمانی
- بررسی موارد مرتبط با ماده استثنائات قرارداد از جمله جنبه زیبایی
- رفع هرگونه شبهه و ابهام در پرونده های درمانی و یا تشخیص پزشک معتمد مبنی بر لزوم معاینه بیمه شده

تبصره ۳: در صورتی که هزینه ها توسط بیمه شده پرداخت و بنا بر دلایلی طبق اظهار نظر نیاز پزشک معتمد شرکت نیاز به معاینه بیمار باشد ضمن عودت کلیه مدارک پزشکی و درخواست مدارک تکمیلی از بیمه شده جهت معاینه دعوت می گردد.

تبصره ۴: در صورت استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد ضمن نگهداری مدارک پزشکی از بیمار جهت معاینه دعوت بعمل می آید.

تبصره ۵: دعوت به معاینه بیمه شدگان با در نظر گرفتن کلیه جوانب، جایگاه بیمه گذار و سایر موارد مورد نظر واحد صدور پس از انجام بررسی های لازم صورت گرفته تا منجر به نارضایتی بیمه گذار و بیمه شده نگردد.



دستور العمل جامع خسارت درمان

شماره سند: IN-HL-64/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد.

صفحه: ۱۱ از ۱۴

۴-۵- تشکیل پرونده :

پس از اخذ مدارک از بیمه گذار یا مراکز درمانی طرف قرارداد، مدارک مربوطه به ترتیب در پوشه خسارت درمان ضمیمه و نسبت به تشکیل پرونده اقدام می گردد .

تبصره ۶: در خصوص بیمه گذاران خاص مطابق دستور العمل صادره از سوی مدیریت بیمه های اشخاص اقدام می گردد.

تبصره ۷: اخذ مدارک تکمیلی مورد نیاز جهت بررسی پزشکان معتمد (در صورت لزوم) و ضمیمه نمودن آن در پرونده الزامی است .

تبصره ۸: در صورتیکه بیمه شده با استفاده از خدمات بیمه گر اول در یکی از مراکز طرف قرارداد با سازمان ها و صندوقهای بیمه ای پایه بستری شود اخذ مدارک ذیل جهت رسیدگی کفایت می نماید.

- صورتحساب کلی بیمارستان با ذکر تاریخ ورود و خروج بیمه شده از بیمارستان و مبلغ دریافت شده از بیمار.
- گواهی پزشک معالج مبنی بر تعیین نوع بیماری یا نوع عمل جراحی انجام شده .
- شرح اطاق عمل جراحی
- ریز دارو و لوازم مصرفی بخش و اتاق عمل
- چارت بیهوشی
- خلاصه پرونده
- ریز آزمایشات و موارد پاراکلینیکی

۵-۵- بررسی موارد پوشش های بیماری و بیمه شده :

۱-۵-۵- بررسی از نظر تاریخ پوشش بیمه ای

۲-۵-۵- دوران انتظار: بررسی مدت زمانی که بیمه گر در آن مدت براساس قرارداد تعهدی نسبت به پرداخت خسارت ندارد.

۳-۵-۵- در صورتیکه بیمه شده از لیست حذف شده باشد تاریخ بستری وی نباید بعد از تاریخ حذف باشد.

۴-۵-۵- مطابقت تاریخ درخواست پوشش بیمه ای از طرف بیمه گذار برای بیمه شده با تاریخ بستری در مواردی که تاریخ درخواست پوشش و تاریخ بیماری به یکدیگر نزدیک می باشد برای جلوگیری از پرداخت خسارت هایی که درخواست پوشش بعد از تاریخ بیماری و بستری بیمار صورت پذیرفته است .

۶-۵- محاسبه و بر آورد خسارت :

۱-۵-۶- هزینه های پاراکلینیکی (طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد)

۲-۵-۶- هزینه بیمارستان های غیر طرف قرارداد

۳-۵-۶- هزینه مراکز طرف قرارداد

- کلیه هزینه های پاراکلینیکی و بیمارستانی بر اساس تعرفه وزارت بهداشت و مطابق با کتاب ارزش های نسبی و نیز طبق دستورالعمل مربوطه محاسبه و پرداخت خواهد شد.
- نحوه محاسبه مراکز طرف قرارداد به همان طریق مراکز غیر طرف قرارداد میباشد با این تفاوت که محاسبات شامل تمام ارقام صورتحساب و طبق قرارداد منعقد شده با بیمارستان با رعایت موارد ذیل انجام می پذیرد.



شماره سند: IN-HL-64/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد.

صفحه: ۱۱ از ۱۵

دستور العمل جامع خسارت درمان

- کلیه هزینه های بیمه شدگان می بایست با تعهدات بیمه گذار که در سیستم درج و از بخش آخرین وضعیت بیمه نامه قابل استخراج بوده و نیز مطابق بر جدول تعهدات و نیز توضیحات درج شده در ضوابط پرداخت خسارت هر بیمه نامه بررسی و نسبت به محاسبه و پرداخت اقدام گردد .

نکات قابل توجه:

- در مورد دستمزد جراح بیمارستان ملزم به نوشتن کد جراحی در پرونده می باشد. کد تعیین شده توسط بیمارستان با توجه به شرح عمل و گواهی جراح مورد بررسی قرار گرفته و در صورت تایید پرداخت و در صورت مغایرت کد صحیح محاسبه می گردد. بایستی هرگونه تغییر کد توسط پزشک معتمد تایید تا در صورت اعتراض بیمارستان دلایل پزشکی ارائه شود.
- کلیه رقمهای صورتحساب طبق قرارداد منعقد شده پرداخت می شود.
- کسورات انجام شده با توجه به قرارداد فیما بین (کسورات قراردادی) و با توجه به نظر پزشک معتمد (کسورات کلینیکی) محاسبه می گردد. کسورات کلینیکی طی فرمی جداگانه توسط سیستم چاپ و جهت اطلاع و رسیدگی به همراه نامه با درج مهلت ۲۰ روزه امکان رسیدگی مجدد به مرکز درمانی ارسال می گردد.
- موارد غیر قابل پرداخت طبق مفاد قرارداد مانند همراه، اتاق خصوصی، خدمات و... که توسط بیمارستان از بیمار اخذ شده با بیمارستان محاسبه و در صورت اضافه دریافت از صورتحساب بیمارستان کسر می شود.
- در صورتی که مبالغ صورتحساب ارسالی بالاتر از سقف مندرج در معرفی نامه باشد کسورات از مبلغ درج شده در معرفی نامه کسر و پس از تطبیق با مبالغ درخواستی بیمارستان مابه التفاوت به مرکز درمانی پرداخت می گردد.
- نظر به اینکه در بعضی از قراردادهای منعقد شده با مراکز درمانی بنابر دلایلی مبلغی نیز به عنوان تخفیف منظور شده است لذا جهت محاسبه بایستی تخفیف طبق قرارداد مد نظر قرار گرفته و مبلغ مورد محاسبه از مبلغ قابل پرداخت کسر گردد.

۷-۵- کنترل مبلغ دریافتی از بیمه گر پایه :

پس از محاسبه هزینه های قابل پرداخت در صورت وجود اصل کلیه مدارک ، خسارت پس از کسر فرانشیز و در غیر اینصورت با اخذ تصاویر کلیه مدارک درمانی برابر اصل شده پس از کسر مبلغ گواهی (سهم بیمه گر پایه) در وجه بیمه شده یا بیمه گذار (مطابق با شرایط بیمه نامه) پرداخت می گردد.

۸-۵- ارجاع پرونده به مسئولین واحد خسارت :

پس از تکمیل پرونده مراتب جهت امضا به مسئولین واحد خسارت ارجاع می شود .

تبصره ۹: تایید کلیه حواله پرونده های خسارت بر اساس آیین نامه حدود اختیارات با دو امضا انجام می پذیرد.

تبصره ۱۰: پرونده های خارج از حدود اختیارات واحدهای پرداخت خسارت پس از انجام کارشناسی جهت امضا حواله پرداخت مطابق با آیین نامه حدود اختیارات جهت مسئولان مربوطه ارسال می گردد.

۹-۵- صدور چک : در زمان صدور چک می بایست در کلیه حواله های خسارت، شماره و تاریخ چک صادره درج گردد.



دستور العمل جامع خسارت درمان

شماره سند: IN-HL-64/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد.

صفحه: ۱۱ از ۱۱

۶- مراکز طرف قرارداد و معرفی نامه

۶-۱- مراکز طرف قرارداد:

بیمه شدگان با رعایت سقف تعهدات و فرانشیز بیمه نامه می توانند در صورت اخذ معرفی نامه از تسهیلات مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده نمایند که پس از ارسال صورتحساب توسط مراکز درمانی مربوطه نسبت به محاسبه و پرداخت اقدام می گردد.

۶-۲- مزایای استفاده از معرفی نامه :

۶-۲-۱- هر ساله از طرف مراجع ذیصلاح تعرفه های درمانی به مراکز تشخیصی و درمانی اعلام می گردد. معمولاً مراکز درمانی و پزشکان در صورت مراجعه بیمار مبالغ بیشتری از تعرفه را از ایشان مطالبه می نماید. بنابر این در صورت استفاده بیمه شده از معرفی نامه مراکز درمانی موظف به رعایت تعرفه ها می باشند که این مطلب به سود بیمه شده می باشد.

۶-۲-۲- مزیت دیگر استفاده از معرفی نامه آسودگی خیال بیمه شده از پرداخت هزینه های بیمارستانی می باشد. در معرفی نامه ها سقف تعهد بیمه گر برای انجام اعمال جراحی و دیگر هزینه ها مشخص و بیمه شده تا آن سقف از پرداخت هزینه معاف می باشد.

۶-۳- انعقاد یا تمدید قرارداد های مراکز درمانی :

با عنایت به مصوبه هیئت محترم وزیران در ابتدای هر سال در خصوص تعرفه های مراکز درمانی و با توجه به انجام هماهنگی های لازم با سایر شرکتهای بیمه و مسئول امور قراردادهای مراکز درمانی نسبت به تمدید یا انعقاد قرارداد ها اقدام می گردد. به منظور دستیابی به نتیجه بهتر و مطلوب تر، شعب محترم سراسر کشور می بایست به موقع مبادرت به تمدید قرارداد های خود با این مراکز نموده یا در صورت لزوم نسبت به انعقاد قرارداد های جدید با پزشکان بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی، دارو خانه ها مراکز تشخیصی و درمانی اقدام نمایند.

تبصره ۱۱: جهت عقد قرارداد با مراکز درمانی، پروانه تاسیس مرکز درمانی، درجه ارزشیابی، پروانه مسئول فنی و مدارک دانشگاهی مربوطه و معتبر صادره از مراجع قانونی ذیربط مورد نیاز می باشد.

تبصره ۱۲: برای تمدید قرارداد نیز درجه ارزشیابی دارای اعتبار جاری و هماهنگی با شعب سایر شرکتهای بیمه فعال در شهرستانها و نیز سندیکای بیمه گران استانی به منظور اقدام واحد و هماهنگی با مسئول امور قرارداد های مراکز درمانی ضروری می باشد.

تبصره ۱۳: در صورتیکه شعب سراسر کشور جهت تمدید و یا عقد قرارداد با مراکز درمانی محل استان خود نیاز به هماهنگی با اداره صدور قراردادها ی مراکز درمانی دارند ابتدا نسبت به برگزاری جلسات هماهنگی با شرکت های بیمه فعال در استان اقدام و پس از تصمیم گیری یکسان مطابق با ضوابط و دستور العمل های مربوطه مراتب را به مرکز اعلام تا تصمیم گیری لازم به عمل آید.



شماره سند: IN-HL-64/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد.

صفحه: ۱۱ از ۷

دستور العمل جامع خسارت درمان

۶-۴- مدارک مورد نیاز برای دریافت معرفی نامه :

- ۶-۴-۱- نامه کتبی بیمه گذار و معرفی بیمه شده در آن در صورت لزوم
 - ۶-۴-۲- تصویر شناسنامه و کارت ملی بیمه شده در صورت لزوم (در صورتیکه هزینه مربوط به افراد تحت تکفل باشد کپی شناسنامه بیمه شده اصلی لازم است)
 - ۶-۴-۳- تصویر دفترچه بیمه شده در صورت لزوم (اصلی یا فرعی)
 - ۶-۴-۴- دستور پزشک مبنی بر بستری شدن و درج علت بستری، زمان بستری و ذکر نام بیمارستان
- تبصره ۱۴:** بررسی بیماری بیمه شده از نظر مادرزادی، زیبایی، روان درمانی و سایر موارد استثنائات قید شده در قرارداد
- تبصره ۱۵:** بررسی سقف تعهدات فرانشیز بیمه شده برای درمان مورد نظر (با کسر هزینه های قبلی بیمه شده)

۶-۵- مراحل صدور معرفینامه :

- ۶-۵-۱- اخذ نامه بیمه گذار مبنی بر معرفی بیمه شده جهت دریافت معرفی نامه در صورت لزوم (لازم به ذکر است کلیه واحدهای صدور معرفی نامه موظف می باشند همکاری لازم را با بیمه شده جهت دریافت نامه بیمه گذار به عمل آورند)
- توجه:** کنترل لازم در خصوص مشخصات بیمه شدگان و بازدید بیمارستانی درمان طبی و جراحی به منظور تطبیق مشخصات بیمه شده با دریافت شناسنامه معتبر عکس دار حتما انجام می پذیرد.
- ۶-۵-۲- اخذ دستور پزشک مبنی بر بستری بیمه شده با ذکر تاریخ و نوع عمل جراحی یا نوع بیماری.
 - ۶-۵-۳- بررسی بیماری بیمه شده از نظر زیبایی، روان درمانی و سایر استثنائات قید شده در بیمه نامه (نظریه پزشک معتمد در صورت لزوم اخذ می گردد)
 - ۶-۵-۴- معرفی نامه صادر و امضا و مهمور به مهر واحد خسارت می گردد.
 - ۶-۵-۵- معرفی نامه سیستمی به بیمه شده یا نماینده بیمه گذار تحویل می شود.
- تبصره ۱۶:** مدت اعتبار معرفی نامه حداکثر ۵ روز در نظر گرفته خواهد شد.
- تبصره ۱۷:** مبلغ هزینه معرفی نامه هایی که قبلا صادر شده ولی از بیمارستان ارسال نشده کتبا از بیمارستان استعلام گردیده و مابه التفاوت هزینه تاسقف تعهدات معرفی نامه صادر می گردد. در غیر اینصورت قبل از تسویه کامل پرونده اولیه برای بیمار معرفی نامه دیگری صادر نمی شود.
- تبصره ۱۸:** در صورت عدم بستری بیمه شده و مراجعه مجدد ضمن ابطال معرفی نامه قبلی (با دریافت اصل معرفی نامه صادره قبلی) نسبت به صدور مجدد معرفی نامه اقدام خواهد شد.
- تبصره ۱۹:** کلیه هزینه های مراکز طرف قرارداد که مبلغ خسارت بیش از ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و یا مدت بستری بیش از ۱۵ روز باشد، ادامه بستری و اعتبار معرفی نامه منوط به تایید پزشک معتمد بیمه آرمان با دریافت مئارک مثبت از مرکز درمانی طرف قرارداد خواهد بود.
- بدیهی است موضوع مذکور می بایست در متن قرارداد های مراکز طرف قرارداد گنجانده و به اطلاع مراکز رسانده شود.



شماره سند: IN-HL-64/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد.

صفحه: ۱۱ از ۸

دستورالعمل جامع خسارت درمان

۶-۵-۶- نگهداری فرم بازدید بیمارستان (در صورت موجود بودن) نامه بیمه گذار (در صورت موجود بودن) ، تصویر دستور پزشک و سایر مدارک زمان صدور معرفی نامه (مانند تاییدیه پزشک معتمد و ...) ضمیمه نمودن آنها در پرونده جهت بررسی های لازم پس از ارجاع پرونده از بیمارستان .

۷- موارد متفرقه

۷-۱- خسارتهای غیر قابل پرداخت :

۷-۱-۱- اگر بیمه شده از معرفی نامه شرکت استفاده نماید و پس از ارسال هزینه از مراکز درمانی و بررسی های لازم، هزینه ها طبق مفاد بیمه نامه به علت زیبایی، رفع ناباروری (بنابر تشخیص پزشک معتمد) مازاد سقف تعهدات، اشتباه بیمارستان در اخذ هزینه های مربوط به بیمار، مغایرت نوع عمل جراحی و بیماری ذکر شده در معرفی نامه با مستندات پرونده و عدم پوشش بیمه ای بیمه شده و سایر موارد مشابه، غیر قابل پرداخت باشد مبلغ در وجه مرکز درمانی پرداخت و طی نامه ای با تعیین مهلت مقرر از بیمه گذار درخواست می گردد که پس از واریز مبلغ به حساب شرکت، در قسمت بازیافت سیستم ثبت و حواله صادر می گردد.

نکته: بدیهی است در این حالت تا زمان اخذ مطالبات از بایگانی پرونده خودداری می گردد.

۷-۱-۲- در مواردیکه بیمه شده نسبت به پرداخت هزینه اقدام و متعاقب آن مدارک را جهت رسیدگی و پرداخت ارسال نموده و پس از بررسی صورت پذیرفته و با توجه به ضوابط و تعهدات بیمه نامه امکان پرداخت خسارت میسر نباشد مراتب عدم جبران خسارت با ذکر بندهای مرتبط با موضوع در بیمه نامه به صورت مکتوب به بیمه گذار اعلام و مدارک عودت می گردد.

۷-۲- استفاده از خدمات کارشناسان ارزیاب :

از آنجایی که در رسیدگی و پرداخت خسارت بیمه های درمان در برخی از موارد نیاز به استفاده از خدمات پزشک، کارشناس اسناد پزشکی و ارزیاب خسارت و همچنین مقوم دارویی می باشد مراتب چگونگی درخواست قرارداد های فوق الذکر و یا تمدید قرارداد های موجود در نمونه فرم های قرارداد کارشناسی ضمیمه می باشد.

مقتضی است واحدهای خسارت با در نظر گرفتن نیاز خود و متناسب با تعداد بیمه شدگان در بیمه نامه های اشخاص، مسئولیت و خودرو، فرم مربوطه را تکمیل و جهت بررسی و اخذ مجوز به مدیریت بیمه های اشخاص ارسال نمایند.

۷-۳- بازیافت:

در صورتیکه به هر دلیلی قسمتی از هزینه های پزشکی پرداخت شده توسط بیمه گذار برگشت و به حساب بیمه گر واریز گردد اصطلاحاً بازیافت تلقی شده و در سیستم جامع بیمه ای بعنوان حواله برگشتی ثبت و به این ترتیب سقف تعهدات بیمه شده به اندازه رقم بازیافت افزایش می یابد.

توجه: در صورتیکه بیمه شده از معرفی نامه بیمارستانی شرکت بیمه استفاده نموده و پس از بررسی مدارک پزشکی هزینه ها طبق مفاد قرارداد غیر قابل پرداخت باشد مبلغ پرداختی به بیمارستان طی نامه کتبی و با تعیین مهلت مقرر از بیمه گذار درخواست می گردد که پس از واریز مبلغ به حساب شرکت وجه فوق در قسمت بازیافت پرونده عمل می شود .



دستور العمل جامع خسارت درمان

شماره سند: IN-HL-64/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد.

صفحه: ۱۱ از ۹

۷-۴- سهم بیمه گر اول :

۷-۴-۱- در صورت استفاده بیمه شدگان از مراکز درمانی طرف قرارداد و درخواست کتبی بیمه گذاران مبنی بر دریافت سهم بیمه گر اول (سازمان تامین اجتماعی، خدمات درمانی و...) پس از تهیه و نگهداری تصاویر کلیه مدارک و درج میزان خسارت پرداختی بر روی اصل اسناد مورد نظر مدارک تحویل بیمه گذار یا نماینده قانونی وی می گردد. در این گونه موارد در صورتیکه رقم پرداختی بیمه گر اول از فرانشیز پرونده بیشتر باشد ما به التفاوت رقم به حساب بیمه گر واریز و نسبت به ثبت بازیاقت در سیستم و صدور حواله بازیاقت اقدام می گردد. (توصیه می گردد هماهنگی در خصوص ثبت بازیاقت با اداره صدور قرارداد های مراکز درمانی و بازیاقت خسارت درمان انجام پذیرد).

۷-۴-۲- در مواردی که بیمه شدگان شخصا هزینه های خود را پرداخت نموده اند، ابتدا جهت اخذ سهم بیمه گر اول، اقدام و متعاقبا در صورت ارائه تصاویر برابر اصل شده مدارک و چک یا گواهی سهم بیمه پایه ما به التفاوت هزینه های انجام شده پس از اعمال بند همترازی و رعایت سقف تعهدات بیمه نامه با کسر مبلغ بیمه گر پایه پرداخت می گردد.

بدیهی است در صورت عدم تمایل بیمه شده به مراجعه به سازمانهای بیمه گر اول پس از اخذ رضایت نامه کتبی مبنی بر عدم استفاده از سهم بیمه پایه، خسارت های مربوطه پس از دریافت اصل کلیه مدارک با اعمال بند همترازی و کسر فرانشیز مندرج در بیمه نامه پرداخت می گردد.

۷-۴-۳- در صورت پرداخت هزینه توسط شرکت با کسر فرانشیز و درخواست کتبی بیمه گذار متعاقب پرداخت خسارت مبنی بر دریافت اصل مدارک پزشکی جهت مراجعه به بیمه گر اول و استفاده از سهم مربوطه، واحد خسارت می تواند با دریافت ما به التفاوت درصد فرانشیز تا ۳۰٪ و صدور حواله بازیاقت نسبت به ارائه اصل مدارک به بیمه گذار اقدام نماید.

تبصره ۲۰: با توجه به درخواست و تضمین برخی از نمایندگان حقیقی و حقوقی شرکت جهت بیمه گذاران خود، چنانچه در بیمه نامه های آنان، فرانشیز خسارت کمتر از ۳۰٪ باشد و بیمه گذار متقاضی استفاده از خدمات بیمه گر اول پس از پرداخت هزینه از سوی شرکت بیمه آرمان بوده و همچنین تمایلی به پرداخت مابه التفاوت فرانشیز تا ۳۰٪ را نداشته باشد، با درخواست کتبی نماینده بیمه گذار و یا نماینده ایشان به صورت مکتوب برای مراجعه به بیمه گر اول و اخذ سهم مربوطه و ارائه آن با مهلت یک ماهه بدون دریافت مابه التفاوت فرانشیز بلامانع می باشد.

توجه: جهت انجام موارد فوق با همکاران خسارت مرکز هماهنگی لازم صورت پذیرد.

۷-۵- خسارتهای ارفاقی :

چنانچه خسارتی علی رغم وجود بیمه نامه و احراز وقوع حادثه و تحقق خسارت به دلایلی قابل پرداخت نباشد، یا پرداخت خسارت در محدوده شرایط عمومی یا خصوصی بیمه نامه مواجه با اشکال یا ابهام باشد ولی عرف بیمه و رعایت اصل حسن نیت، همچنین حفظ پرتفوی بیمه گذاران و مصلحت شرکت، پرداخت خسارت را ایجاب نماید، پرداخت با رعایت جنبه ارفاقی و متناسب با آیین نامه حدود اختیارات صورت خواهد پذیرفت.

بدیهی است ارزیابی لازم جهت پرداخت خسارت ارفاقی نیاز به بررسی سوابق بیمه نامه های صادره بیمه گذار در کلیه رشته ها در سال مورد نظر با توجه به نسبت خسارت، سابقه همکاری و اهمیت بیمه گذار در پرتفوی واحد صدور شرکت دارد. به همین منظور ضمن تکمیل اطلاعات خواسته شده در فرم خسارت ارفاقی و اقدام مطابق آیین نامه حدود اختیارات نسبت به درج در سوابق پرونده اقدام می گردد.



شماره سند: IN-HL-64/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد.

صفحه: ۱۱ از ۱۰

دستورالعمل جامع خسارت درمان

بدیهی است در پایان هر سال گزارش کلی از پرداخت های ارفاقی صورت پذیرفته تهیه و جهت مسئول مربوطه ارسال می گردد.

هرگونه پرداخت خسارت ارفاقی با رعایت موارد فوق و پس از اخذ نامه کتبی بیمه گذار مبنی بر درخواست انجام مساعدت و پرداخت ارفاقی و در صورت نبود بدهکاران معوق حق بیمه و یا بازیافت احتمالی خسارت با پاسخ کتبی واحد خسارت به منظور اعلام مبلغ هزینه ارفاقی تایید نشده به بیمه گذار صورت می پذیرد.

۸- نکات مهم در پرداخت خسارت درمان :

۸-۱- پرداخت هرگونه خسارت و یا صدور معرفی نامه استفاده خدمات از مراکز درمانی طرف قرارداد جهت بیمه شدگان قبل از امضا بیمه نامه توسط بیمه گذار و یا وجود بدهکاران حق بیمه و یا بازیافت خسارت مجاز نمی باشد. بدیهی است در موارد خاص و پس از هماهنگی با مدیریت بیمه های اشخاص و اخذ مجوز لازم، تصمیم گیری و اقدام می گردد.

۸-۲- کلیه واحدهای پرداخت خسارت موظفند جهت جلوگیری از تکرار پرداخت خسارت، کلیه مدارک و مستندات پرونده را مهمور به مهر رسیدگی و پرداخت شد نمایند.

۸-۳- کلیه مدارک می بایست خوانا و بدون خط خوردگی بوده و در صورت مخدوش بودن مجدداً توسط مراکز درمانی مربوطه یا پزشک معالج تایید گردد.

۸-۴- در صورت عدم ارائه تصویر چک و یا استعلام سازمان اسناد پزشکی، ارسال اصل مدارک درمانی توسط بیمه گذار الزامی است .

۸-۵- گزارش حادثه با ذکر تاریخ و علت حادثه از محیط کار بیمه شده یا مقامات ذیصلاح (نیروی انتظامی محل زندگی یا کار) برای هزینه های درمانی ناشی از حادثه اخذ گردد .

۸-۶- کلیه هزینه های مربوط به زیبایی قابل پرداخت نمی باشد باستثنای هزینه های ترمیمی ناشی از حادثه با نظر پزشک معتمد شرکت قابل بررسی و پرداخت می باشد.

۸-۷- صدور معرفی نامه در صورت عدم اخذ تضمین مناسب از بیمه گذار (موضوع بند ۶-۴ از ماده چهارم دستورالعمل صدور بیمه نامه درمان) وجود بدهکاران حق بیمه، وجود بازیافت خسارت درمان و یا اعلام قبلی از سوی مرکز مجاز نمی باشد.

۸-۸- جهت صدور معرفی نامه و یا متمم، می بایست معرفی نامه هایی که قبلاً صادر شده ولی بیمارستان ارسال نگردیده کتباً بیمارستان مابه التفاوت هزینه تا سقف تعهدات قرارداد، معرفی نامه صادر گردد در غیر اینصورت قبل از تسویه کامل پرونده اولیه، معرفی نامه دیگری صادر نمی گردد.

۸-۹- بیمارستان ملزم به رعایت موارد ذکر شده در فرم معرفی نامه بوده و در صورت عدم رعایت موضوع فوق الذکر مبالغ از صورتحساب بیمارستان کسر می گردد.

۸-۱۰- پس از صدور معرفی نامه با توجه به مدت اعتبار قید شده در آن، کارشناس مربوطه به منظور عیادت بیمه شده و ارزیابی مرکز درمانی و چگونگی خدمات رسانی به بیمه شدگان و در نهایت مطابقت مشخصات بیمه شده با فرد بستری به بیمارستان مراجعه و گزارش مربوطه در فرم مخصوص ثبت و در پرونده بیمه شده ضمیمه می گردد. در صورتی که واحد صادر کننده معرفی نامه، واحد صدور بیمه نامه نباشد و یا معرفی نامه توسط نماینده صادر شده باشد فرم بازدید بیمه شده در مراکز درمانی بلافاصله پس از بازدید جهت شعبه مسئول صدور بیمه نامه ارسال گردد.



دستور العمل جامع خسارت درمان

شماره سند: IN-HL-64/01

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۴

پیوست: ندارد.

صفحه: ۱۱ از ۱۱

۸-۱۱- انجام هماهنگی با کلیه مراکز صدور و خسارت درمان کشور :

۸-۱۱-۱- تعیین وضعیت پوشش بیمه ای: در صورت عدم درج نام در لیست بیمه شدگان بیمه نامه در سیستم مکانیزه و یا بروز مشکل در اخذ تائیدیه لازم، می بایست نسبت به انجام هماهنگی با واحد صدور بیمه نامه مربوط اقدام گردد. بدیهی است در صورت عدم تائید فرد مورد نظر به عنوان بیمه شده، انجام هماهنگی با بیمه گذار و رفع مشکل با واحد صدور بیمه نامه می باشد.

۸-۱۱-۲- در صورت مراجعه بیمه شده جهت استفاده از خدمات بیمه نامه به هر یک از شعب سراسر کشوری می بایست نسبت به ارائه خدمات لازم در اسرع وقت به بیمه شده اقدام گردد.

۸-۱۱-۳- در صورت مراجعه بیمه شده به سایر واحد های خسارت بغیر از واحد صادر کننده بیمه نامه، جهت اخذ خدمات بیمه نامه و مواجهه با هر یک از موارد ذیل :

- عدم ارائه درخواست بیمه گذار در صورت لزوم
- عدم درج یا عدم رویت نام بیمه شده در سیستم جامع
- هزینه های پاراکلینیکی بیش از ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال

نسبت به هماهنگی به شرح ذیل اقدام می گردد:

- هماهنگی با مرکز صدور بیمه نامه به منظور اخذ درخواست کتبی بیمه گذار (در صورت لزوم)
- اخذ تائیدیه های لازم از شعبه صادر کننده بیمه نامه جهت پرداخت خسارت و یا صدور معرفی نامه.

۸-۱۱-۴- در خصوص بیمه گذاران خاص روند اجرائی کمافی السابق به قوت خود باقی می باشد. بدیهی است هماهنگی های لازم بین واحد های صدور و خسارت صادر کننده بیمه نامه و سایر شعب می بایست به گونه ای انجام پذیرد که ضمن ارائه مشاوره و راهنمایی لازم به درخواست بیمه شده با رعایت ضوابط بیمه نامه در اسرع وقت رسیدگی گردد