

کد: OT-LG-....-۰۰

تاریخ:/.../....



راهنمای تکمیلی پرداخت خسارت درمان گروهی

راهنمای تکمیلی پرداخت خسارت درمان گروهی

الف) مدارک مورد نیاز جهت صدور معرفی نامه درمانی:

۱- مدارک مورد نیاز جهت صدور معرفی نامه بیمارستانی (بستری و جراحی):

مدارک مشترک	۱-تقاضای کتبی بیمه گذار جهت صدور معرفینامه. ۲-گواهی پزشک معالج مبنی بر نیاز به بستری و نوع بیماری یا عمل جراحی با ذکر نام مرکز درمانی و تاریخ بستری.
فقط جهت عمل زایمان	اصل شناسنامه بیمه شده اصلی و بیمار (فقط جهت تعهد زایمان)
فقط جهت فرزندان دختر بالای ۱۸ سال	اصل شناسنامه فرزندان دختر بالای ۱۸ سال
فقط جهت فرزندان پسر ۱۸ تا ۲۶ سال	گواهی اشتغال به تحصیل برای فرزندان پسر ۲۰ تا ۲۶ سال.

برخی مواردی که جهت صدور معرفینامه نیاز به ارائه مدارک تکمیلی و یا تایید پزشک معتمد می باشد:

۱. جهت برخی از بیماری ها مانند: بای پس، انواع ساکشن ها، فتق ناف و شکمی، توده پستان، توده های خوش خیم اندام های بدن، جراحی محل زخم و اسکار (جای بخیه) و...، بیماری های مشکوک به مادرزادی بودن، بیماری های اعصاب و روان- مغز، اعمال جراحی برای دومین بار از همان نوع درمان اسکار در جراحی های حادثه دیدگان، قبل از انجام عمل جراحی، ویزیت یا تایید پزشک معتمد شرکت بیمه الزامی است.
۲. جهت انجام کورتاژ تخلیه ای (D&C) ارسال آخرین سونوگرافی رحم و تخمدان قبل از عمل جهت دریافت تایید پزشک معتمد الزامی است.
۳. جهت عمل فتق های شکمی و نافی گزارش سونوگرافی قبل از عمل و تاییدیه پزشک معتمد شرکت.
۴. گزارش CT اسکن و یا تاییدیه پزشک معتمد قبل از عمل مربوط به اعمال جراحی بینی (سپتوپلاستی) و جراحی سینوسها. (سه سینوس)
۵. معرفینامه جهت اعمال جراحی مربوط به رفع چاقی: تایید BMI وزن (کیلو گرم) تقسیم بر مجذور قد (متر) بالاتر از ۴۲ پس از تاییدیه از بیمه گر اول و پزشک معتمد شرکت .
۶. بلغارو پلاستی و پتوز: ارائه گزارش پریمتری در صورت کاهش میزان بینائی بالای ۵۰٪ یا معاینه توسط پزشک معتمد (پس از تایید بیمه گر اول)
۷. ماموپلاستی – گواهی ارتوپد یا جراح مغز و اعصاب به همراه گزارش MRI گردن یا گزارش ماموگرافی، گرافی گردن و ستون فقرات پشتی و تاییدیه پزشک معتمد شرکت. (پس از تایید بیمه گر اول)
۸. توده های پستانی دو طرفه – ارائه سونوگرافی قبل از عمل به همراه تاییدیه پزشک معتمد و ثبت الزام ارائه جواب پاتولوژی بعد از عمل در معرفی نامه.
۹. درمان طبی – حتما " نوع بیماری ذکر شود .
۱۰. گزارش شرح کامل حادثه و یا تاییدیه مقامات ذیصلاح در صورت وقوع حادثه (شکستگی و ...)
۱۱. ارائه اصل برگه رفاکشن (مربوط به تعیین دید چشم) و اصل نسخه شماره چشم که توسط پزشک معالج تایید شده است در اعمال جراحی مربوط به عیوب انکساری شامل لیزیک ، لازک ، PRK
۱۲. برای محاسبه نمره چشم قدر مطلق میزان دور بینی یا نزدیک بینی + نصف میزان آستیگماتیسم ملاک عمل میباشد.
۱۳. در جراحیهای ژنیکوماستی یکطرفه مشکوک به بدخیمی ارائه سونوگرافی قبل از عمل دال بر وجود توده الزامی می باشد . (تایید توسط پزشک معتمد شرکت)

۱۴. تفکیک جراحی های مربوط به رفع عیوب انکساری با تایید پزشک معتمد و یا مسئولین مربوطه جهت صدور معرفی نامه در سقف عیوب انکساری می باشد به طور مثال : اعمال جایگزینی لنز ، تعبیه رینگ قرنیه، فکیک، کراتوکولوس از سقف بستری عمومی قابل پرداخت است و عمل جراحی کراس لینکنینگ(UVX)، از سقف عیوب انکساری قابل پرداخت می باشد.

۱۵. صدور معرفی نامه جهت مراکز دندان پزشکی ، آزمایشگاه، با رعایت ردیف ۱ اقدام گردد.

۱۶. الزامیست صدور معرفی نامه جهت مراکز فیزیوتراپی، تصویربرداری، MRI، CTS، سونوگرافی، رادیولوژی ضمن رعایت ردیف ۱ با ارائه گواهی انجام توسط پزشک متخصص مربوطه باشد.

۱۷. کایفوپلاستی و اسکولیوز: جهت بررسی و تایید نیاز به ارائه گزارش MRI قبل از عمل و تایید پزشک معتمد جهت بیمه شدگان بالای ۱۸ سال می باشد .

۱۸. بیماری های اعصاب و روان: به استثناء بیماری های جنون، سایکوز و ترک اعتیاد مابقی موارد جهت تایید نیاز به ارسال گواهی پزشک دال بر مشخص نمودن علت دقیق بستری بیمار .

۱۹. مدارک مورد نیاز دیگر بر حسب مورد از بیمار درخواست خواهد شد.

برخی موارد استثناء در صدور معرفی نامه های درمانی:

- ۱- کلیه جراحیهای پلاستیک که جهت حصول زیبایی می باشد از قبیل ابدومینوپلاستی، جراحی فک و صورت، ماستوپکسی، رینوپلاستی ، بلفاروپلاستی و مگر با احراز تاییدیه از پزشک معتمد و یا مسئولین مربوطه در ستاد.
- ۲- دستور پزشک فاقد مهر و امضای پزشک متخصص (دستور پزشک عمومی و یا دستور با مهر مرکز درمانی غیر قابل قبول می باشد)
- ۳- در صورتیکه بیمه شده به علت عوارض بارداری بستری می گردد و قبل از ۴۸ ساعت ختم حاملگی صورت گیرد از سقف زایمان و در صورتی که بعد از ۴۸ ساعت منجر به زایمان گردد عوارض بارداری از سقف بستری و زایمان از سقف زایمان قابل پرداخت می باشد . بستری بیش از ۴۸ ساعت بعد از زایمان در صورتیکه به دلیل قصور پزشکی نباشد از سقف بستری عمومی قابل پرداخت است.
- ۴- سپری شدن تاریخ قرارداد و یا تکمیل سقف پوشش بیمه ای بیمه شده.
- ۵- استفاده از سقف پوشش دسته بندی های مختلف برای یکدیگر جهت صدور معرفی نامه غیر ممکن می باشد.

۲. مدارک مورد نیاز جهت صدور معرفی نامه سرپایی :

۱-۲ معرفی نامه دندان پزشکی

۱-۲-۱ دستور پزشک (شرح کامل خدمات دندان پزشکی) ممهور به مهر دندانپزشک

۲-۲ معرفی نامه آزمایشگاه

۱-۲-۲ دستور پزشک (شرح ریز خدمات آزمایشگاهی) ممهور به مهر پزشک

۲-۳ معرفی نامه تصویربرداری (ام آر آی، سی تی اسکن و ...)

۱-۲-۳ دستور پزشک خوانا و ممهور به مهر پزشک

۲-۴ معرفی نامه فیزیوتراپی

۱-۲-۴ دستور پزشک خوانا (شرح کامل خدمات، تعیین تعداد جلسات و عضو مورد نیاز خدمت) ممهور به مهر پزشک متخصص

۲-۵ معرفی نامه عینک

۱-۲-۵ دستور پزشک خوانا (تعیین نمره چشم بیمه شده) ممهور به مهر پزشک متخصص

در صورت عدم استفاده معرفینامه در موعد مقرر یا تعویض مرکز درمانی از جانب بیمار؛ صدور معرفینامه جدید صرفاً با دریافت اصل معرفینامه قبلی و ابطال آن امکان پذیر است. در هر صورت یک بیمار صرفاً دارای یک معرفینامه معتبر در سیستم خواهد بود و صدور چند معرفینامه همزمان امکان پذیر نمی باشد.

(ب) مدارک مورد نیاز جهت پرداخت خسارت درمان تکمیلی :

۱. مدارک مورد نیاز جهت پرداخت خسارات پاراکلینیکی :

۱-۱: کلیه هزینه های سرپایی اعم از سونوگرافی، سی تی اسکن، ام آر ای، رادیولوژی، آزمایش و...

✓ دستور پزشک خوانا ممهور به مهر پزشک

✓ اصل صورتحساب ممهور به مهر مرکز درمانی مربوطه

✓ کپی گزارش (REPORT)

۱-۲: هزینه های ویزیت (پزشک عمومی، متخصص، فوق تخصص و کارشناس پروانه دار)

✓ گواهی پزشک با مهر، امضاء، تاریخ و نام بیمار در سربرگ معتبر (نسخه های آزاد)

✓ گواهی پزشک با مهر، امضاء، تاریخ و نام بیمار در دفترچه بیمه پایه (نسخه های بیمه ای)

۱-۳: هزینه های عینک :

✓ برگه دستور پزشک توسط متخصص یا اپتومتریست و پرینت کامپیوتری نمره هر چشم.

✓ اصل صورتحساب خرید عینک طبی ممهور به مرکز مربوطه .

✓ در صورت پرداخت غیرنقدی ارائه مستندات پرداخت الکترونیکی نظیر: رسید دستگاه POS و یا رسید

انتقال وجه و ... الزامی می باشد.

۱-۴: هزینه های سمعک :

✓ برگه ادیومتری توسط ادیومتریست

✓ دستور پزشک مبنی بر خرید سمعک توسط متخصص گوش و حلق و بینی

✓ اصل صورتحساب خرید سمعک

✓ کپی برگه گارانتی

۱-۵: هزینه های دندانپزشکی:

کلیه نسخ جهت تایید بایستی بر روی سر نسخه آدرس دار دندانپزشک با مهر و امضاء و تاریخ باشد. شماره دندان و هزینه پرداخت شده به تفکیک خدمت مشخص شده باشد.

۱-۱-۵: مدارک مورد نیاز جهت ترمیم دندانها :

✓ ترمیم بیش از سه دندان نیاز به عکس قبل و بعد دارد.

✓ بیلد آپ نیاز به عکس بعد از انجام خدمت دارد.

✓ درمان ریشه دندان در تمام موارد نیاز به عکس قبل و بعد دارد.

✓ پروتز روکشها، بریج و پست نیاز به عکس قبل و بعد از انجام خدمت دارد.

✓ پروتزهای پارسیل و کامل و لامینت های پرسلنی نیاز به تایید قبل از انجام خدمت دارد.

✓ جراحی لثه نیاز به O.P.G و تاییدیه قبل از انجام خدمت دارد.

✓ روکش ها و پالپکتومی نیاز به گرافی قبل و بعد از درمان دارد.

✓ S.M نیاز به تاییدیه دندانپزشک یا عکس قبل و بعد انجام خدمت دارد.

✓ ارتودنسی صرفاً جهت بیمه شدگان کمتر از ۱۴ سال مورد تایید بوده و نیاز به عکس قبل و عکس فتوگرافی

به همراه تاییدیه دندانپزشک معتمد شرکت بیمه مبنی بر جنبه درمانی خدمت دارد.

✓ جهت کودکان زیر ۷ سال ارسال فتوگرافی الزامی می باشد.

✓ در صورت پرداخت غیرنقدی ارائه مستندات پرداخت الکترونیکی نظیر: رسید دستگاه POS و یا رسید انتقال وجه و... الزامی می باشد.

۵-۱-۲ مدارک مورد نیاز جهت هزینه های مربوط به فک و صورت :

کلیه اعمال جراحی فک و صورت نیاز به عکس قبل و بعد از درمان دارد. بجز فرنکتومی ، درمان درای ساکت و بیوپسی.

۵-۱-۳ : هزینه های مربوط به ایمپلنت :

✓ عکس قبل و بعد

✓ فاکتور خرید فیکسچر

✓ لیبل فیکسچر

۵-۱-۴ : هزینه های روکش روی ایمپلنت:

✓ عکس قبل و بعد

✓ فاکتور خرید لیبل

۵-۱-۵ : هزینه های پودر استخوان :

✓ لیبل پودر استخوان

✓ فاکتور خرید

لازم به ذکر است در قسمت ملاحظات تعرفه های درمانی مدارک مورد نیاز جهت تایید نسخ دندانپزشکی به صورت کامل درج گردیده است. همچنین کودکان زیر ۷ سال و خانمهای باردار نیاز به ارسال رادیوگرافی ندارند و صرفا با معاینه و تایید دندانپزشک معتمد ارائه خدمات امکانپذیر می گردد.

۶- مدارک مورد نیاز جهت جبران هزینه رادیوتراپی:

۶-۱: اصل صورت حساب مرکز رادیوتراپی، مهمور به مهر مرکز.

۶-۲: گزارش تصویر برداری یا پاتولوژی که نشان دهنده تومور باشد،

۶-۳: گزارش رادیوتراپی شامل : تعداد جلسات رادیوتراپی، تعداد شانهای رادیوتراپی، فیلد درمانی ، دوزاشعه.

۷- مدارک مورد نیاز جهت جبران هزینه های شیمی درمانی :

۷-۱: صورت حساب مرکز شیمی درمانی مبنی بر تعداد جلسات شیمی درمانی و داروهای مورد استفاده، مهمور به مهر پزشک مربوطه.

۷-۲: نسخه دارویی با تجویز فوق تخصص انکولوژی

۷-۳: ارائه گزارش پاتولوژی

۸- مدارک مورد نیاز جهت جبران هزینه های پروتز:

۸-۱: ارائه اصل فاکتور

۸-۲: تاییدیه پزشک معالج

۸-۳: ارائه شرح عمل به همراه الصاق برجسب پروتز در خصوص پروتز مصرفی حین عمل .

۲. مدارک مورد نیاز جهت پرداخت خسارات بیمارستانی :

۲-۱: پرونده خسارت بیمارستان خصوصی (در صورت نداشتن بیمه گر پایه):

۲-۱: اصل صورتحساب مرکز درمانی (کلیه خدمات ارائه شده در آن مرکز به بیمار)

۲-۲: اصل صورتحساب پزشکان.

۲-۳: برگه سیر بیماری شامل ویزیت های روزانه پزشکان با مهر و امضا.

۲-۴: اصل گواهی پزشکان معالج مبنی بر نام بیمار و علت بستری و یا ویزیت بیمار مهمور به مهر و امضا.

۲-۵: اصل یا کپی برابر اصل برگه شرح عمل مهمور به مهر و امضا جراح و کمک جراح.

۲-۶: اصل گواهی جراح و کمک جراح با مهر و امضا.

- ۷-۲: اصل گواهی متخصص بیهوشی و برگه بیهوشی اتاق عمل با مهر و امضاء متخصص بیهوشی.
- ۸-۲: اصل نسخ دارویی، لوازم مصرفی و اصل فاکتور پروتزها، داروخانه ها و یا کپی برابر اصل فاکتور خرید کلی بیمارستان ممهور به مهر داروخانه و بیمارستان جهت پروتزها و لوازم مصرفی (درخصوص نسخ دارویی و لوازم مصرفی لیست رایانه های ممهور به مهر پزشک معالج و مسئول اطاق عمل و متخصص بیهوشی نیز قابل قبول می باشد).
- ۹-۲: لیست آزمایشات، پرتوپزشکی ها، توانبخشی، نوارنگاری ها و پاتولوژی انجام شده ممهور به مهر بخش های مربوطه به همراه گزارشات آنها.
- ۱۰-۲: تصویر گزارش خدمات انجام شده توسط پزشک نظیر آندوسکوپی.
- ۱۱-۲: برگه های مشاوره های انجام شده که شامل درخواست پزشک معالج مبنی بر علت مشاوره و جواب مشاوره دهنده میباشد.
- ۱۲-۲: سایر ضmannم باتوجه به صورتحساب مرکز درمانی.
- ۲-۲: پرونده خسارت بیمارستان دولتی که از سهم بیمه سلامت استفاده کرده اند :**
- ۱-۲-۲: اصل برگه صورتحساب بیمارستان به همراه ارائه کپی صورتحساب سهم بیمه پایه جهت تعیین سهم بیمه گر اول.
- ۲-۲-۲: کپی برابر اصل سایر ضmannم باتوجه به صورتحساب مرکز درمانی.
- ۲-۲-۳: اصل مدارک هزینه های خارج از شمول بیمه گر پایه (لوازم مصرفی و ...)
- ۲-۳: پرونده خسارت بیمارستانی پس از دریافت سهم بیمه گر پایه :**
- ۱-۳-۲: کپی برابر اصل صورتحساب مرکز درمانی بیمه گر اول . (کلیه خدمات ارائه شده در آن مرکز به بیمار)
- ۲-۳-۲: کپی برابر اصل بیمه گر اول صورتحساب پزشکان.
- ۲-۳-۳: کپی برابر اصل بیمه گر اول برگه سیر بیماری شامل ویزیت های روزانه پزشکان با مهر و امضا.
- ۲-۳-۴: کپی برابر اصل بیمه گر اول گواهی پزشکان معالج مبنی بر نام بیمار و علت بستری و یا ویزیت بیمار ممهور به مهر و امضا.
- ۲-۳-۵: کپی برابر اصل بیمه گر اول برگه شرح عمل ممهور به مهر و امضا جراح و کمک جراح.
- ۲-۳-۶: کپی برابر اصل بیمه گر اول گواهی جراح و کمک جراح با مهر و امضا
- ۲-۳-۷: کپی برابر اصل بیمه گر اول گواهی متخصص بیهوشی و برگه بیهوشی اتاق عمل با مهر و امضاء متخصص بیهوشی.
- ۲-۳-۸: کپی برابر اصل بیمه گر اول اصل نسخ دارویی، لوازم مصرفی و اصل فاکتور پروتزها، داروخانه ها و یا کپی برابر اصل فاکتور خرید کلی بیمارستان ممهور به مهر داروخانه و بیمارستان جهت پروتزها و لوازم مصرفی (درخصوص نسخ دارویی و لوازم مصرفی لیست رایانه های ممهور به مهر پزشک معالج و مسئول اطاق عمل و متخصص بیهوشی نیز قابل قبول میباشد).
- ۲-۳-۹: کپی برابر اصل بیمه گر اول لیست آزمایشات، پرتوپزشکی ها، توانبخشی، نوارنگاری ها و پاتولوژی انجام شده ممهور به مهر بخشهای مربوطه به همراه گزارشات آنها.
- ۲-۳-۱۰: کپی برابر اصل بیمه گر اول تصویر گزارش خدمات انجام شده توسط پزشک نظیر آندوسکوپی.
- ۲-۳-۱۱: کپی برابر اصل بیمه گر اول برگه های مشاوره های انجام شده که شامل درخواست پزشک معالج مبنی بر علت مشاوره و جواب مشاوره دهنده میباشد.
- ۲-۳-۱۲: کپی برابر اصل بیمه گر اول سایر ضmannم باتوجه به صورتحساب مرکز درمانی.
- ۲-۳-۱۳: اصل مدارک هزینه های خارج از شمول بیمه پایه مثل لوازم مصرفی، دارو .
- ۲-۳-۱۴: تصویر چک پرداختی بیمه پایه یا نامه کتبی بیمه گر پایه یا پرینت صورتحساب بیمار بابت بستری مربوطه در وجه بیمار مذکور .

۲- پرونده بیمارستانهای دولتی دانشگاهی:

- ۱-۵: اصل صورتحساب ممه‌ور به مهر و امضای امور مالی بیمارستان و مشخص بودن میزان پرداخت بیمه شده
- ۲-۵: برگه خلاصه پرونده
- ۳-۵: لیست موارد عدم تعهد بیمه پایه
- در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه بیمه شده می بایست حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از تاریخ ترخیص اسناد مربوط به هزینه های درمانی خود را به بیمه گر پایه ارائه و پس از دریافت هزینه های درمانی خود از بیمه گر پایه، حداکثر ظرف مدت یک ماه تحویل شرکت بیمه نوین نماید.

راهنمای تفصیلی و بیان برخی موارد لازم الاجراء مرتبط با نحوه بررسی و پرداخت خسارتهای درمانی:

الف) تعهدات بستری و بیمارستانی :

- ✓ جبران هزینه های EPS به تنهایی از سقف بند بستری عمومی قابل پرداخت می باشد و هزینه eps+ablation از سقف اعمال جراحی مهم قابل پرداخت می باشد .
- ✓ جبران هزینه کاتاراکت + لنز از سقف بند بستری قابل پرداخت می باشد .
- ✓ جبران هزینه های شیمی درمانی و سنگ شکن در مراکز جراحی محدود از سقف بستری قابل پرداخت می باشد .
- ✓ جبران هزینه های اعمال جراحی مربوط به سرطان با ارائه گزارش پاتولوژی از سقف اعمال جراحی مهم قابل پرداخت می باشد .
- ✓ جبران هزینه های مربوط به استرابیسم چشم در صورتی که سن بیمار زیر ۱۴ سال باشد از سقف بستری قابل پرداخت می باشد و بالای ۱۴ سال غیر قابل پرداخت است . (مگر با تایید پزشک معتمد و ارائه برگ پریمتری چشم)
- ✓ هزینه تزریق آواستین از بند بستری قابل پرداخت می باشد .
- ✓ هزینه های عمل جراحی قوز قریه از سقف عیوب انکساری قابل پرداخت می باشد، در موارد استثناء صرفا با اخذ تاییدیه پزشک معتمد شرکت بیمه نوین این هزینه از بند تعهد بستری عمومی قابل پرداخت است.
- ✓ هر تزریق داخل مثانه اعم از بوتاکس و BCG و ... با ارائه گزارش پاتولوژی که تایید کننده بیماری سرطان باشد از بند بستری قابل پرداخت می باشد .
- ✓ هزینه های عمل جراحی تخلیه سینه به علت سرطان و تخلیه چشم قابل پرداخت بوده ولی هزینه مربوط به پروتز سینه و چشم غیر قابل پرداخت می باشد .
- ✓ جبران هزینه های همزمان سزارین و میومکتومی از سقف مجزا مربوطه قابل پرداخت می باشد .
- ✓ جبران هزینه های کورتاژ با سن جنین زیر ۲۰ هفته از سقف بستری قابل پرداخت می باشد و بالای ۲۰ هفته از سقف زایمان قابل پرداخت است .
- ✓ جبران هزینه های هیستروسکوپی درمانی از سقف بستری قابل پرداخت می باشد .
- ✓ جبران هزینه های داروی نازایی از سقف عادی دارو قابل پرداخت می باشد .
- ✓ جبران هزینه های داروهای نازایی که در حین عمل یا جراحی مربوط به نازایی استفاده می گردد از سقف نازایی قابل پرداخت است .
- ✓ هزینه IUI با مهر پزشک متخصص مرتبط با نازایی از محل تعهدات نازایی مورد تأیید است
- ✓ جهت جبران هزینه رادیوترابی: اصل صورت حساب مرکز رادیوترابی، ممه‌ور به مهر مرکز. گزارش تصویر برداری یا پاتولوژی که نشان دهنده تومور باشد گزارش رادیوترابی شامل : تعداد جلسات رادیوترابی، تعداد شانهای رادیوترابی، فیلد درمانی ساده یا پیچیده ، دوزاشعه.
- ✓ در خصوص پرونده های بیمارستانی که بیمه شده به مراکز غیر طرف قرارداد تامین اجتماعی مراجعه نموده و از سهم بیمه گر اول استفاده نکرده همچنین فاکتور وسایل مصرفی که بصورت آزاد خریداری شده، جهت پرداخت ابتدا

پرونده نزد بیمه گر اول ارسال سپس کپی برابر اصل و فیش پرداختی بیمه گر اول مهر شده کارشناسی و پرداخت گردد.

- ✓ جبران هزینه کارگزاری لنز داخل چشمی از سقف عیوب انکساری قابل پرداخت می باشد .
- ✓ هزینه لنز آرتیزان برای هر چشم از بند سقف عیوب انکساری قابل پرداخت می باشد.
- ✓ اسکرو تراپی وریدهای پا با ارائه سونوگرافی کالر داپلر اندام تحتانی + ویزیت قبل از عمل توسط پزشک معتمد قابل پرداخت می باشد.
- ✓ تست خواب و یا همان پلی سمنوگرافی مشروط بر بستری شدن از سقف بیمارستانی قابل پرداخت می باشد.
- ✓ هزینه لنفوسیت تراپی در نازائی در صورتی که در قرارداد باشد قابل پرداخت می باشد.
- ✓ هزینه ذخیره سازی و فریز جنین در صورتی که سهم بیمه پایه دریافت شود قابل پرداخت می باشد.
- ✓ لیست بیماریهای خاص بشرح ذیل می باشد: هموفیلی، تالاسمی ماژور، دیالیز، پیوند کلیه، MS.

ب) تعهدات آزمایش:

- ✓ آزمایشات ژنتیک قابل پرداخت می باشد .
- ✓ آزمایشات غربالگری مانند FREE BHCG/NIPT/PAPPA/ DOUBLE MARKER/TRIPLE MARKER در صورتیکه در قرارداد ذکر شده باشد قابل پرداخت می باشد .
- ✓ معاینه چشم راندگی، آزمایشات بدو استخدام از قبیل عدم اعتیاد قابل پرداخت نمی باشد.
- ✓ گرافی های پری اپیکال در حین انجام خدمت دندانپزشکی قابل پرداخت می باشد .
- ✓ جبران هزینه توپوگرافی چشم از سقف رادیولوژی قابل پرداخت می باشد .
- ✓ انجام تست کرونا با دستور پزشک عمومی و یا بدون دستور در صورت مثبت بودن و مرتبه اول پرداخت میگردد.
- ✓ در خصوص هزینه های مربوط به بیماری کرونا داروی رمدسیور با تجویز پزشک متخصص پس از تایید از سقف بستری قابل پرداخت است و همچنین هزینه تزریق این دارو در اورژانس بیمارستان نیز از سقف بستری پرداخت می گردد.
- ✓ آزمایشات igg , igm غیر قابل پرداخت می باشد.

ج) تعهدات کاردرمانی-گفتاردرمانی- فیزیو تراپی

- ✓ در صورتی که کایروپراکتیک در قرارداد ذکر نگردید تحت عنوان فیزیوتراپی پرداخت بلامانع می باشد. (صرفاً با دستور پزشک متخصص)
- ✓ فیزیوتراپی، دستور پزشک متخصص معالج، گواهی انجام آن، یادآوری می نماید در صورتیکه تعداد جلسات فیزیوتراپی بالای ۱۰ جلسه باشد ارائه تائیدیه اسکن یا MRI در صورت عمل جراحی کپی برگ شرح عمل الزامیست .
- ✓ جبران هزینه های لیزر کم توان در فیزیوتراپی، از سقف فیزیوتراپی قابل پرداخت بوده و هزینه آن جهت هر جلسه محاسبه می گردد .
- ✓ مگنت تراپی در صورتی که عیناً در قرارداد قید شده باشد قابل پرداخت است.
- ✓ هزینه های کاردرمانی-گفتاردرمانی در صورتی که در قرارداد ذکر شود قابل پرداخت می باشد. لازم به ذکر است در جلسه اول علت آن توسط پزشک متخصص عنوان گردد، گواهی فوق به مدت ۳ ماه دارای اعتبار می باشد و حداکثر جلسات پرداختی در طی یک ماه ۱۰ جلسه و حداکثر ۳۰ جلسه در طول مدت قرارداد می باشد (تعداد جلسات بیشتر با تائید پزشک معتمد و ارائه مدارک مربوط به بیماری قابل بررسی خواهد بود)
- ✓ در صورت پرداخت غیر نقدی ارائه مستندات پرداخت الکترونیکی نظیر: رسید دستگاه POS و یا رسید انتقال وجه و... الزامی می باشد

ج) تعهدات پاراکلینیکی گروه یک :

- ✓ هزینه ZOYWAVE/ OCT/PENTACAM/ ارب اسکن /CORVIS/ پاکیمتری/ فوندوس/اکولایز چشم/ ماکولا/ sirious از سقف تعهدات پاراکلینیکی گروه اول تحت عنوان اسکن قابل پرداخت می باشد.

- ✓ جبران هزینه IOLMASTER قابل پرداخت است .
- ✓ فیبرواسکن جهت بررسی کبد بوده و قابل پرداخت است.
- ✓ کولونوسکوپی داخل مطب صرفا توسط پزشک فوق تخصص و یا پزشک دارای مجوز قابل پرداخت می باشد.
- ✓ هزینه بیهوشی CT اسکن ها و MRI در صورت داشتن برگه بیهوشی و دستور پزشک متخصص مبنی بر انجام این اقدامات با بیهوشی به صورت جداگانه قابل پرداخت از همان سقف مربوطه (MRI-CT) خواهد بود .
- ✓ سونوگرافی بیومتری جنین معادل سونوگرافی IUGR قابل پرداخت می باشد .
- ✓ جبران هزینه های سونوگرافی آنومالی ۳ ماهه اول بارداری از سقف تعهدات سونوگرافی و معادل تعرفه سونوگرافی حاملگی + سونوگرافی مالفورماسیون قابل پرداخت می باشد .
- ✓ جبران هزینه های سونوگرافی ۳ بعدی و ۴ بعدی معادل تعرفه سونوگرافی کالر داپلر رحم حامله قابل پرداخت می باشد .
- ✓ جبران هزینه آنومالی اسکن معادل تعرفه سونوگرافی NT و آنومالی سه ماهه اول بارداری قابل پرداخت می باشد .
- ✓ سونوگرافی های انجام شده در مطب صرفا توسط فلوشیپ و فوق تخصص پریناتولوژی و نازایی و ناباروری قابل پرداخت می باشد.

(د) تعهدات پاراکلینیکی گروه دو :

- ✓ جبران هزینه های پاکیمتری ، بیومتری ، پریمتری ، مانومتری از سقف تعهدات بینایی سنجی قابل پرداخت می باشد
- ✓ هزینه های نوار عصب بینایی چشم (VEP) از سقف بینایی سنجی و گوش (ABR) از سقف شنوایی سنجی قابل پرداخت است.
- ✓ جبران کلیه خدمات پزشکی انجام شده در منزل در تعهد نمی باشد مگر آنکه در قرارداد ذکر گردد .
- ✓ اسکن کف پا در تعهد نمی باشد . مگر در قراردادهایی که تعهد جبران هزینه های ارتوز ذکر شده باشد .
- ✓ هزینه هولتر مانیتورینگ قلب و فشارخون هر کدام به صورت مجزا و حداکثر ۲۴ ساعته مورد تأیید است.
- ✓ ایمونوتراپی (آلژن پلی والان) از پاراکلینیکی گروه دوم (تست آلرژی) قابل پرداخت و دارو این تست از محل بند دارو پرداخت گردد.
- ✓ جبران هزینه تست بادبیاکس، متاکولین تست DLCO، در صورتی که عیناً در قرارداد ذکر شده باشد پرداخت گردد.
- ✓ هزینه PET SCAN با ارائه فاکتور رادیو دارو از محل تعهدات اسکن قابل پرداخت است.

(ه) تعهدات پاراکلینیکی گروه سه :

- ✓ انجام تست پاپ اسمیر توسط کارشناس مامایی قابل پرداخت می باشد .
- ✓ اکسیژیون ضایعات و لیپوم : گواهی پزشک مبنی بر اندازه ، محل ضایعه و کپی جواب پاتولوژی ارائه گردد.
- ✓ بخیه : اندازه ، میزان و یا عمق پارگی ، محل آناتومیکی دقیق آن و یا تعداد بخیه های انجام شده به تأیید پزشک معالج
- ✓ شکستگی و گچ گیری : گرافی مربوطه ، نوع شکستگی ، محل شکستگی و نوع گچ گیری توسط پزشک گواهی گردد. در صورتیکه شکستگی مربوط به حادثه باشد ارائه شرح حادثه توسط شخص یا پزشک معالج الزامی است.
- ✓ کشیدن بخیه ، باز کردن گچ و ویزیت گچ گیری در تعهد نمی باشد.
- ✓ لوازم مصرفی گچ گیری که به صورت فاکتور مجزا ارسال نشود و تنها در نسخه پزشک به آن اشاره شود حداکثر تا ۲۵٪ تعرفه محاسبه و قابل پرداخت است .
- ✓ کرایو و لیزر : تعداد ضایعه ، محل آنها و نوع آنها توسط پزشک گواهی گردد و با تأیید پزشک معتمد قابل پرداخت می باشد ، مواردی که جنبه زیبایی دارد در تعهد نمی باشد در مورد لیزر چشم گواهی پزشک معالج و کپی گزارش ارسال گردد.

- ✓ جبران هزینه های زگیل اندام تناسلی از محل تعهدات پاراکلینیکی گروه سوم تحت عنوان کرایوتراپی قابل پرداخت است.
- ✓ تخلیه کیست یا درناژ : اندازه ، محل آناتومیکی و در صورت زیاد بودن تعداد و یا احتمال ارسال به پاتولوژی کپی جواب آن ارسال گردد.
- ✓ جبران هزینه های شستشوی گوش و کشیدن ناخن از سقف جراحی های مجاز سرپایی قابل پرداخت می باشد .
- ✓ هزینه کرایو و کوتریزاسیون دهانه رحم و کولپوسکوپی صرفا توسط متخصص زنان و با ذکر علت انجام آن قابل پرداخت است.
- ✓ جبران هزینه های PRP چشمی از سقف لیزر درمانی قابل پرداخت می باشد .
- ✓ جبران هزینه های لیزر شبکیه چشم از سقف لیزر درمانی قابل پرداخت می باشد .
- ✓ هزینه تزریق داخل ضایعات پوستی در صورتیکه جنبه زیبایی داشته باشد قابل پرداخت نیست. در سایر موارد با ذکر نوع و اندازه ضایعه توسط پزشک متخصص و تأیید پزشک معتمد قابل پرداخت است.
- ✓ هزینه فصدخون ، حجامت و طب سوزنی صرفا در صورتیکه در قرارداد ذکر شده باشد قابل پرداخت است.
- ✓ در کلیه موارد بیوپسی و آسپیراسیون تیروئید، بیوپسی و آسپیراسیون پستان و مغز استخوان بیوپسی ضایعات پوستی ، تومورها و توده ها ارائه جواب پاتولوژی الزامی است.
- ✓ شالازیون و لیزر شبکیه از بند پاراکلینیکی ۳ قابل پرداخت است.
- ✓ هزینه آنالیز پیس میکر در بیمارانی که دارای ضربان ساز می باشند در صورتی که در قرارداد ذکر شده باشد از بند پاراکلینیکی قابل پرداخت است.
- ✓ هزینه انجام آمینو سنتز صرفا در صورتیکه در قرارداد ذکر شده باشد از بند پاراکلینیکی قابل پرداخت است.
- ✓ هزینه چسب بخیه یا بخیه آماده قابل پرداخت نمی باشد.
- ✓ هزینه اوزون تراپی در داخل مفصل و بافت نرم جهت درد و اختلالات اسکلتی در صورتیکه توسط پزشک متخصص انجام شود مشروط بر درج در قرارداد قابل پرداخت است.
- ✓ تزریقات داخل مفصلی مهمور به مهر پزشک ارتوپد و توانبخشی و مغز و اعصاب از سقف خدمات مجاز سرپایی تا ۳ مرتبه قابل پرداخت می باشد. همچنین اگر تزریق همراه با دارو است نسخه دارویی مرتبط نیز باید ضمیمه باشد.
- ✓ هزینه تزریق ماده بی حسی با استروئید از طریق سوراخ اپیدورال در مطب قابل پرداخت نیست.
- ✓ هزینه سیستم اسکوپ تشخیصی در مطب غیر قابل پرداخت می باشد.
- ✓ بلوک عصبی سیاتیک در مطب غیر قابل پرداخت است.
- ✓ هزینه تست ABI در تعهد نمی باشد.
- ✓ آنالیز ICD از سقف جراحی مجاز قابل پرداخت می باشد.

(و) تعهدات ویزیت و مشاوره و تزریقات :

- ✓ جبران هزینه های ویزیت ماما-اپتومتریست و مشاوره ها یی که دارای کد نظام پزشکی می باشند همانند تعرفه ویزیت کارشناس پروانه دار محاسبه و پرداخت می گردد .
- ✓ ویزیت در تاریخ خدمت دندانپزشکی غیر قابل پرداخت می باشد .
- ✓ جبران هزینه های مشاوره در صورتی که در قرارداد ذکر شده باشد قابل پرداخت است .
- ✓ جبران هزینه های تزریقات وریدی ، عضلانی و پانسمان در صورتی که در قرارداد ذکر شود قابل پرداخت است .
- ✓ هزینه پالس تراپی به صورت سرپایی غیر قابل پرداخت می باشد .
- ✓ ویزیت در حین شیمی درمانی غیر قابل پرداخت می باشد .
- ✓ ویزیت در تاریخ خدمت آندوسکوپی ، کولونوسکوپی ، شکستگی و..... غیر قابل پرداخت می باشد .
- ✓ ویزیت جهت آنالیز آزمایش غیر قابل پرداخت است .

- ✓ ویزیت کارشناس تغذیه معادل ویزیت کارشناس پروانه دار، ویزیت کارشناس ارشد تغذیه معادل کارشناس ارشد پروانه دار و متخصص تغذیه معادل پزشک عمومی قابل پرداخت می باشد.
- ✓ در صورتیکه بیمه شده در یک روز توسط یک پزشک بیش از یک بار ویزیت پرداخت نماید صرفاً هزینه یک ویزیت قابل پرداخت می باشد.
- ✓ ویزیت کارشناسان کاردرمانی، گفتاردرمانی، فیزیوتراپ، متخصص رادیولوژی غیرقابل پرداخت است.
- ✓ فاصله زمانی دستور تا انجام خدمت حداکثر ۳۰ روز قابل بررسی می باشد.

استثنائات و موارد غیرقابل بیمه های درمان تکمیلی گروهی :

الف) استثنائات بیمه های درمان تکمیلی گروهی مطابق مفاد ماده ۷ آیین نامه شماره ۹۹ بیمه مرکزی:

- ۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
- ۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه به طبق تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
- تبصره ۱: جراحی های قلب و عروقی و دریچه ای و لب شکری و شکاف کام و عیوبی که جنبه درمانی داشته باشد قابل قبول است.
- ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
- ۴- ترک اعتیاد.
- ۵- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده.
- ۶- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان .
- ۷- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تأیید مقامات ذی صلاح.
- ۸- فعل و انفعالات هسته ای.
- ۹- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۰- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۱- جنون و بیماری های روان پریشی که شخص آگاهی به زمان و مکان ندارد.
- ۱۲- جراحی لثه.
- ۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند.
- ۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
- ۱۵- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر جمع قدر مطلق نقص بینایی هرچشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به اضافه نصف آستیگمات) کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
- ۱۶- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.

ب) استثنائات و موارد خارج از تعهدات (مستند به ردیفهای ۱ و ۲ و ۱۷ ماده هفتم آیین نامه ۹۹ بیمه مرکزی) به شرح جدول شماره ۱_ می باشد:

جدول شماره ۱_ استثنائات و موارد خارج از تعهدات

ردیف	نام تعهد	برخی موارد استثناء و غیر قابل پرداخت
۱	دندانپزشکی	دندان مصنوعی، بلیچینگ (سفید کردن دندان ها)، باندینگ، ویزیت همراه با خدمات، نصب نگین، کورتاژ لثه، جراحی لثه، لمینیت، کامپوزیت به منظور زیبایی
۲	دارو	داروهای آرایشی، زیبایی، تقویتی، ترکیبی (دست ساز) ترمیم پوست و مو، تقویت قوای جنسی، مکمل هایی که جنبه درمانی ندارند، داروهای گیاهی، داروهای رژیم درمانی، شیرخشک، مکمل های پودری، رژودرم ها، ژل های ترمیم پوست یا زخم، حق فنی داروخانه
۳	اسکن	لباس و کفش یکبار مصرف
۴	ام آر آی	با درخواست پزشک عمومی یا کارشناس، لباس و کفش یک بار مصرف و CD
۵	آزمایش	طب کار (آزمایشات استخدامی) آزمایشات ادواری (تست اعتیاد و چکاپ) آزمایشات قبل از ازدواج زوجین، آزمایشات مربوط به تشخیص ناهنجاری جنین.
۶	ویزیت	ویزیت حین خدمت (دندانپزشکی، شیمی درمانی، آندوسکوپی و...)، انواع مشاوره های درمانی (مشاوره تغذیه، رژیم درمانی، روانشناسی، ژنتیک، سکس تراپی، کایروپراکتیک) و ویزیت این پزشکان پرداخت می شود، ولی هزینه ای تحت عنوان مشاوره جداگانه پرداخت نمی شود {
۷	اکو و نوار قلب	چست لید
۸	فیزیوتراپی	هر نوع مانیپولاسیون (درمان دستی و ماساژ)، فیزیوتراپی بیش از دو عضو همزمان، خدمات فیزیوتراپی در منزل (صرفاً معادل هزینه مرکز درمانی قابل پرداخت است)، فیزیوتراپی چاقی و رفع چین و چروک پوست، طب سوزنی و حجامت
۹	عینک و لنز طبی	عینک آفتابی، لنزهای رنگی
۱۰	جراحی مجاز سرپایی	هر نوع عمل جهت رفع موهای زائد بدن- هر نوع عمل جهت برداشتن خال و زگیل دست و صورت (در صورتی که مطابق پاتولوژی، خال سرطانی باشد هزینه قابل پرداخت است)، هر نوع عمل جهت رفع چین و چروک پوست (کشیدگی پوست، تزریق ژل و بوتاکس، کرایوتراپی، لیزرتراپی، تزریق چربی، لایه برداری پوست، تراش پوست)
۱۱	متفرقه و سایر بستری ها و درمان ها	استفاده از تلویزیون و تلفن، ایاب و ذهاب، اقامت، خوراک و پوشاک، اوتیسم و هزینه های مربوط به عقب افتادگی ذهنی، عقیم سازی (بستن لوله، گذاشتن یا برداشتن IUD، کارگزاری یا خارج کردن کپسولهای جدید قابل کشت جهت جلوگیری از بارداری)، بیماریهای اپیدمی (فراگیر)، کار گذاشتن یا خارج کردن پروتز سینه، بازسازی

نوک پستان، کوتاه کردن پیشانی، بزرگ کردن گونه یا پروتز، کارگزاری پروتز بیضه، کاهش تعداد جنین در حاملگی چند جنینی، سوراخ کردن گوش، کاشت حلزون گوش، تست خواب، موسیقی درمانی، رژیم درمانی، مانیتورینگ قند خون، پد معاینه، هر نوع جراحی زیبایی دستگاه تناسلی (پی آر پی، پرنورافی و...)، هر نوع عمل به منظور تخلیه چربی (آبدومینوپلاستی، انواع لیپوساکشن، لیپوماتیک، لیپولیزر)، وسایل کمک توانبخشی (کرت، شکم بند، گن)، کارگزاری لنز داخل چشمی یه منظور زیبایی (IOL)، نبولایزر، اکسیژن تراپی، تحریک مغناطیسی مغز (RTMS)؛ نوروفیدبک، بایواسکن، تست آمینوشور، جراحی فک (غیر از موارد تومور یا شکستگی ناشی از حادثه)، نوردرمانی، فتوگرافی، تست ماریو (بررسی عضلات کف لگن، خارپاشنه، ماستکتومی، هر نوع هزینه ای که تعرفه آن از طرف وزارت بهداشت جمهوری اسلامی ایران مورد تایید نبوده و به مراکز درمانی ابلاغ نشده باشد.

ج) فهرست اعمال غیرمجاز در مطب {پیوست آیین نامه شماره ۹۹ بیمه مرکزی} (این اعمال می بایست در بیمارستان و مراکز درمانی انجام گردد)

- ۱- القای بیهوشی عمومی یا بی حسی نخاعی یا هر نوع آرام بخشی تزریقی یا استنشاقی
- ۲- تزریق کتامین در مطب به هر منظور
- ۳- انجام الکتروشوک درمانی (ECT)
- ۴- اعمالی که برای اجرای آن باز کردن حفره شکمی و صفاق الزامی می باشد (من جمله انواع فتق ها)
- ۵- هر عملی که برای انجام آن نیاز به بریدن یا ترمیم فاسیای شکم یا لگن باشد
- ۶- هرگونه اعمال جراحی باز روی استخوان های بدن به جز "دبریدمان استخوان" و "خارج کردن پین" و "خارج کردن اکسترنال فیکساتور"
- ۷- جراحی های ترمیم عروق بزرگ، جراحی های ترمیم اعصاب بزرگ، جراحی های ترمیم کلیه تاندون ها (بجز تاندون های اکستانسور پشت دست Hand و روی پا Foot)
- ۸- جراحی های سندرم تونل کارپال
- ۹- وارد کردن و خارج کردن هر نوع پروتز (من جمله پروتز سینه) در هر جای بدن
- ۱۰- تخلیه بافت چربی زیرجلدی در هر نقطه ای از بدن و با هر تجهیزات اعم از ساکشن، لیزر، ویزر، اولتراسوند و PAL بجز برداشتن چربی در حجم زیر ۱۰۰ سی سی توسط سرنگ جهت استفاده به عنوان فیلر
- ۱۱- رینوپلاستی، ابدومینوپلاستی، براکیوپلاستی، ماموپلاستی
- ۱۲- تزریق چربی به هر شکلی در ناحیه سرینی و سینه

- ۱۳- اعمال جراحی عیوب انکساری با هر روشی من جمله لیزر
- ۱۴- کلیه اعمال جراحی بر روی کره چشم من جمله کراس لینک (به استثنای تزریق هوا در اطاق قدامی، تب اطاق قدامی، برداشتن اجسام خارجی سطحی و ناخنک)
- ۱۵- اعمال جراحی روی پلک که نیازمند برش و دسترسی از طریق ملتحمه باشد
- ۱۶- هر عملی در ناحیه گردن که برای انجام آن نفوذ به زیر پلاتیسم لازم باشد
- ۱۷- بیوپسی ترنس رکتال پروستات، کلیه، انساج داخل مری، تراشه، برونش ها، روده ها، مثانه، کبد و طحال
- ۱۸- پولیپکتومی بینی
- ۱۹- اعمال جراحی وسیع گوش خارجی شامل لاله و کانال گوش میانی و گوش داخلی
- ۲۰- جراحی پرینورافی
- ۲۱- تزریق هر گونه فرآورده خونی تهیه تهیه شده در بانک خون
- ۲۲- ترمیم جراحی رکتوسل و سیستوسل
- ۲۳- هر نوع زایمان
- ۲۴- هر نوع سقط جنین
- ۲۵- اعمال جراحی که مستلزم باز کردن قفسه صدری است
- ۲۶- کولونوسکوپی (بجز سیگموئیدوسکوپی)، برونکوسکوپی ریجید، لارنگوسکوپی مستقیم، لاپاراسکوپی و هیستروسکوپی
- ۲۷- کلیه اعمال جراحی روی استخوان های فک و صورت که نیازمند انسزیون های پوستی باشد
- ۲۸- اعمال جراحی روی غدد بزاقی که نیازمند انسزیون های پوستی است
- ۲۹- جراحی روی سپتوم بینی و توربینیت ها
- ۳۰- جراحی های ناحیه بینی که نیاز به استئوتومی و یا بازسازی با اتوگرافت داشته باشد
- ۳۱- هر نوع راینوپلاستی یا سپتوپلاستی
- ۳۲- اعمال جراحی روی سینوس های پارانازال که نیاز به دسترسی از طریق پوست یا بینی یا انسزیون های خارج دهانی دارد
- ۳۳- ترمیم اولیه شکاف لب و کام
- ۳۴- اعمال جراحی رزکسیون فکی که یکپارچگی فک را از بین می برد
- ۳۵- رزکسیون و بیوپسی ضایعات عروقی
- ۳۶- هر نوع رزکسیون زبان
- ۳۷- فلپ های پوستی بیش از ۵*۵ سانتی متر و کلیه فلپهای عضلانی ناحیه صورت
- ۳۸- برداشت ضایعات خطی و اسکار و جراحی های سطحی ناحیه صورت که نیازمند برش بیشتر از ۵ سانتی متر باشد
- ۳۹- جراحی های شکستگی فکین و صورت که جهت جا اندازی یا فیکساسیون نیازمند دسترسی باز باشد

- ۴۰- اعمال جراحی و تخریب ضایعات وسیع که باعث درگیری اندام های مجاور دهان می شود و درمان آن نیاز به جراحی ترکیبی در فضاهاى مجاور دارد
- ۴۱- اعمال جراحی بازسازی استخوان های فک و صورت که نیازمند تهیه گرافت از منابع خارج دهانی است
- ۴۲- انواع استئوتومی لفورت اعم از توتال یا سگمنتال که Base فک بالا را در بر می گیرد
- ۴۳- انواع استئوتومی های فک تحتانی جهت اعمال ارتوگناتیک
- ۴۴- اعمال جراحی های ناحیه TMJ و کندیل که نیازمند دسترسی باز داخل یا خارج دهانی باشد اعم از آرتروپلاستی باز، کندیلکتومی
- ۴۵- انجام جراحی در ناحیه پوست صورت که نیازمند برش فاسیای سطحی (SMAS) باشد
- ۴۶- انجام لیفت ابرو به روش غیرمستقیم که نیازمند Dissection باشد
- ۴۷- ترمیم پارگی و laceration های صورت که نیاز به بررسی عملکرد مجاری غدد بزاقی یا ترمیم اعصاب یا عروق دارد
- ۴۸- نصب دستراکتور خارج دهانی
- ۴۹- برداشت اتوگرافت از منابع داخل دهانی به میزان حجم بالای ۳ میلی لیتر

- جهت اطلاع از لیست آدرس و شماره تلفن مراکز درمانی طرف قرارداد، بیمه شدگان می توانند به سایت شرکت بیمه نوین مراجعه نمایند.