

دستورالعمل اجرایی خسارت درمان

بیمه درمان تکمیلی
گروه صنعتی گلرنگ
۱۴۰۴-۱۴۰۵



گروه صنعتی گلرنگ
Golrang Industrial Group



Sayeh Etemad Iranian
شرکت خدمات بیمه ای
سایه اعتماد ایرانیان
کد : ۶۰۰۱۱



چکیده :

اعضای محترم خانواده بزرگ گروه صنعتی گلرنگ

با سلام و احترام

به اطلاع می‌رساند، امسال برای اولین بار در گروه صنعتی گلرنگ، قرارداد بیمه درمان تکمیلی به صورت چند طرحی با بهترین شرایط منعقد شده است. این مهم با نگاه ویژه مدیران محترم ارشد گروه صنعتی گلرنگ و در راستای توجه به سلامت و رفاه همکاران عزیز فراهم شده است. در این قرارداد ۳ طرح متفاوت درمانی در نظر گرفته شده تا هر یک از همکاران بتوانند بر اساس نیاز درمانی، شرایط شخصی و سطح پوشش مورد انتظار خود، طرح مناسب‌تر را انتخاب نمایند. هدف از این اقدام، افزایش انعطاف‌پذیری، ایجاد حق انتخاب برای همکاران و بهبود کیفیت خدمات درمانی در مجموعه می‌باشد. اطلاعات کامل هر یک از طرح‌ها، میزان تعهدات و شرایط استفاده، به صورت شفاف در اختیار همکاران قرار می‌گیرد تا انتخابی آگاهانه و متناسب انجام شود.



چکیده :



هدف از تهیه دستورالعمل اجرایی حاضر ، آگاهی از تعهدات قرارداد بیمه درمان تکمیلی ، تعیین مراحل و ضوابط دقیق برای تهیه مدارک لازم جهت بررسی و پرداخت اسناد خسارت درمانی و در نهایت تحویل مدارک درمانی از سوی شدگان محترم به شرکت می باشد. این دستورالعمل به منظور آگاهی کامل در خصوص تعهدات ، استاندارد سازی فرآیند ارسال مدارک ، تسهیل در بررسی و پردازش درخواست های درمانی و کاهش تاخیرات و خطاهای احتمالی در این فرآیند و همچنین تضمین رعایت حقوق بیمه شدگان طراحی شده است . با اجرای این دستورالعمل ، بیمه شدگان محترم قادر خواهند بود مدارک لازم را بصورت کامل و در زمان مناسب ارسال کرده و فرآیند رسیدگی به خسارت های درمانی و در نهایت پرداخت آنها به شکل کارآمدتری انجام گردد. در تمامی طرح ها ، هزینه های درمانی ابتدا مطابق تعرفه های وزارت بهداشت محاسبه و پس از کسر ۱۰٪ فرانشیز پرداخت می گردد.

نکته خیلی مهم ۱ : منظور از تعهد بدون سقف یعنی برای این خدمت ، محدودیت مبلغ و تعداد دفعات استفاده تا پایان قرارداد وجود ندارد. اما این موضوع به این معنا نیست که هر هزینه ای بدون بررسی و اعمال تعرفه پرداخت می شود ، در همه طرح ها تمام هزینه ها ابتدا بررسی می شوند ، طبق تعرفه های وزارت بهداشت محاسبه می شوند و پس از کسر فرانشیز ، مبلغ قابل پرداخت به بیمه شده پرداخت می گردد. به عنوان مثال : اگر همکار طرح ۳ را که تعهد بستری بدون سقف است انتخاب نماید هزینه بستری ایشان ۳۰۰ میلیون تومان باشد، ممکن است مطابق تعرفه ۲۰۰ میلیون تومان ارزیابی شود، ۱۰٪ فرانشیز کسر می شود و ۱۸۰ میلیون تومان پرداخت می گردد.

نکته خیلی مهم ۲ : منظور از تعرفه چیست؟ یعنی در تمامی طرح ها کلیه هزینه های درمانی ابتدا توسط ارزیابان خسارت درمان که دارای مجوز بیمه مرکزی می باشند طبق تعرفه اعلامی وزارت بهداشت ارزیابی می شود و پس از کسر فرانشیز (۱۰٪)، مبلغ نهایی پرداخت می گردد. به عنوان مثال: ممکن است هزینه پرداختی همکار برای ترمیم آمالگام ۳ سطحی به دندانپزشک عمومی ۵ میلیون تومان باشد ولی تعرفه این خدمت مبلغ ۱ میلیون و ۹۰۰ هزار تومان طبق تعرفه اعلامی سندیکای دندانپزشکان می باشد که پس از کسر ۱۰٪ فرانشیز مبلغ نهایی ۱ میلیون و ۷۱۰ هزار تومان پرداخت می گردد.

جدول پوشش های بیمه درمان تکمیلی شرکت های گروه صنعتی گلرنگ از ۱۴۰۴/۱۰/۰۱ الی ۱۴۰۵/۰۹/۳۰

فرانشیز (درصد)	میزان تعهدات سالیانه (ریال)			شرح تعهدات	بند تعهد	ردیف
	طرح ۳	طرح ۲	طرح ۱			
۱۰٪	بدون سقف	بدون سقف	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های بستری (طبی و جراحی)، در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود، هزینه همراه افراد کمتر از ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال، هزینه های اورژانس منجر به بستری	هزینه های بیمارستانی (جراحی عمومی)	۱
۱۰٪	بدون سقف	بدون سقف	۲,۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	افزایش سقف تعهدات برای شیمی درمانی سرطان ، رادیو تراپی ، اعمال جراحی مرتبط با سرطان ، قلب ، مغز ، اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک و ستون فقرات ، گامانایف ، پیوند ریه ، پیوند کبد ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان، آنژیوپلاستی و اعمال اینترونشنال عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب بند ۱)	اعمال جراحی تخصصی	۲
۱۰٪	بدون سقف	بدون سقف	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران داروهای مرتبط با بیماری خاص و صعب العلاج در موارد غیر بستری از محل تعهد اعمال جراحی تخصصی بیماری های خاص طبق آخرین لیست اعلامی از طرف شورای عالی بیمه سلامت ۱- هزینه داروی خارجی که معادل ایرانی دارند بر اساس بالاترین برند ایرانی در تعهد می باشد ۲- داروهای خارجی که معادل ایرانی ندارند در صورت تجویز پزشک متخصص و تایید بیمه گر در تعهد می باشد	داروهای بیماری خاص و صعب العلاج	۳
۱۰٪	بدون سقف	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه زیانمان طبیعی و عمل سزارین و هزینه های درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط و اقدامات درمانی شامل میکرواینجکشن، IVF، GIFT، ZIFT، IUI	زیانمان و نازایی - ناباروری	۴



جدول پوشش های بیمه درمان تکمیلی شرکت های گروه صنعتی گلرنگ

از ۱۴۰۴/۱۰/۰۱ الی ۱۴۰۵/۰۹/۳۰

ردیف	بند تعهد	شرح تعهدات			میزان تعهدات سالانه (ریال)	فراشیر (درصد)
		طرح ۱	طرح ۲	طرح ۳		
۵	پاراکلینیکی تجمیعی	۲۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	۱۰٪	پاراکلینیک گروه ۱: انواع رادیوگرافی ، آنژیوگرافی سرپایی عروق محیطی و چشم ،انواع سونوگرافی ، ماموگرافی ،انواع اسکن ، ام ار ای ، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان ایزوتوپ) دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان) پاراکلینیک گروه ۲: انواع آندوسکوپی ،ERCP، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل نوار قلب ،انواع اکوکاردیوگرافی ، انواع هولتر مانیتورینگ ، تست ورزش ، آنالیز پیس میکر ، تیلت تست ، خدمات تشخیصی تنفسی مانند(اسپرومتری و PFT و ...) خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG، NCV) الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتوی پزشکی چشم مانند(اپتومتری ، پریمتری ، بیومتری، پاکی متری، پنتاکم و ...) ، خدمات تشخیصی گوش مانند تمپانومتری ، انواع ادیومتری و ...) پاراکلینیک گروه ۳: خدمات آزمایشگاهی، پاتولوژی ، تستهای آلرژیک ، ژنتیک پزشکی (به استثنای مارکهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین) پاراکلینیک گروه ۴ : خدمات غربالگری جنینی و تشخیص و درمان ناهنجاری های جنینی شامل : پاراکلینیک گروه ۵: فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کاردرمانی (OT)
۶	اعمال مجاز سرپایی	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	۱۰٪	شکستگی ، در رفتگی ، گچ گیری ، ختنه ، بخیه ، کرایوتراپی ، اکسیژن لیپوم ، بیوپسی، تخلیه ی کیست ، لیزر درمانی و ...
۷	ویزیت و دارو	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	بدون سقف	۱۰٪	جبران هزینه ویزیت ، دارو (بر اساس فهرست دارو های مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری ۱- هزینه انواع داروهای ایرانی شامل شیمیایی، گیاهی، ویتامین و مکمل که دارای مجوز ساخت از وزارت بهداشت می باشد در تعهد می باشد ۲- هزینه های داروی خارجی که معادل ایرانی دارند بر اساس بالاترین برند ایرانی در تعهد می باشد ۳- داروهای خارجی که معادل ایرانی ندارند در صورت تجویز پزشک متخصص و تایید بیمه گر در تعهد می باشد.



جدول پوشش های بیمه درمان تکمیلی شرکت های گروه صنعتی گلرنگ از ۱۴۰۴/۱۰/۰۱ الی ۱۴۰۵/۰۹/۳۰

فرانشیز (درصد)	میزان تعهدات سالیانه (ریال)			شرح تعهدات	بند تعهد	ردیف
	طرح ۳	طرح ۲	طرح ۱			
٪۱۰	۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی، جراحی لثه ، ایمپلنت، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی (به استثنای اعمال زیبایی)	دندانپزشکی	۸
٪۱۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه عینک طبی ، لنز تماس طبی	عینک	۹
٪۱۰	بدون سقف	چشم راست ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ چشم چپ ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	چشم راست ۱۱۲,۵۰۰,۰۰۰ چشم چپ ۱۱۲,۵۰۰,۰۰۰	هزینه های رفع عیوب انکساری دو چشم مانند لیزیک، لازک ، PHAKIC ، PRK.RK ، یا کارگذاری رینگ قرنیه یا لنز داخل پشمی و هزینه لنز آرتیزان (طبق فاکتور رسمی) هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دور بینی آستیگماتیک یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد.	عیوب انکساری دو چشم	۱۰
٪۱۰	بدون سقف	درون شهر: ۴۰/۰۰۰/۰۰۰ خارج شهر: ۶۰/۰۰۰/۰۰۰	درون شهر: ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ خارج شهر: ۳۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه آمبولانس داخل شهری و بین شهری و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج	آمبولانس	۱۱



جدول پوشش های بیمه درمان تکمیلی شرکت های گروه صنعتی گلرنگ از ۱۴۰۴/۱۰/۰۱ الی ۱۴۰۵/۰۹/۳۰

فرانشیز (درصد)	میزان تعهدات سالیانه (ریال)			شرح تعهدات	بند تعهد	ردیف
	طرح ۳	طرح ۲	طرح ۱			
٪۱۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های خرید اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد	اوروتز	۱۲
٪۱۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک (یک یا دو گوش)	سمعک	۱۳
٪۱۰	بدون سقف	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های بستری با تشخیص بیماری دو قطبی و اسکیزوفرنی قابل بررسی و پرداخت می باشد (هزینه نگهداری بیماران روانپریشی، ویزیت و درمان و جلسات مشاوره در این بند تعهد، تحت پوشش نمی باشد)	روانپریشی	۱۴
٪۱۰	بدون سقف	۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های تهیه اعضای طبیعی بدن	تهیه اعضای طبیعی بدن	۱۵



هزینه های پاراکلینیکی



جهت امکان بررسی و پرداخت هزینه های آزمایشات ، انواع نوار ، تست ، اسکن ، آندوسکوپی ، اکو، MRI، سونوگرافی ، رادیولوژی ، رادیوگرافی ، ماموگرافی و... تکمیل مدارک ذیل الزامی می باشد:

۱- در صورت غیر بیمه ای (آزاد) بودن هزینه اصل دستور پزشک ممهور به مهر پزشک

۲- اصل قبض پرداخت، ممهور به مهر

۳- کپی جواب



*** توجه ***

سونوگرافی در مطب طبق دستورالعمل وزارت بهداشت خارج از تعهد می باشد و صرفاً در صورت تجویز و انجام توسط پزشک فوق تخصص مجاز و قابل پرداخت می باشد.

هزینه غربالگری جنین صرفاً بادر نظر گرفتن شرایط سنی ۳۵ سال به بالا و گواهی پزشک معالج مبنی بر لزوم غربالگری قابل پرداخت می باشد.

آندوسکوپی- کولونوسکوپی : در صورت انجام با بیهوشی ، ارائه برگه بیهوشی الزامیست و در صورت انجام در مطب ، صرفاً پزشک فوق تخصص مجاز می باشند و تنها در این صورت قابل پرداخت می باشد.



هزینه های ویزیت و دارو

جهت امکان بررسی و پرداخت هزینه های دارو و ویزیت تکمیل مدارک ذیل الزامی می باشد :

۱- در صورت غیر بیمه ای (آزاد) بودن هزینه اصل نسخه دارویی خوانا (ممهور به مهر پزشک و مهر داروخانه) + پرینت داروخانه

۲- داروهای مکمل به شرط تجویز توسط پزشک متخصص و

معادل داروهای ایرانی قابل پرداخت می باشد.

۳- هزینه ویزیت با گواهی و مهر پزشک معالج قابل پرداخت است .

*** توجه ***

پرداخت حق فنی داروخانه به عهده بیمه شده می باشد .

دارو های تخصصی حتماً توسط پزشکان متخصص و فوق تخصص تجویز گردد .

درخصوص تأیید داروهای تخصصی و نازائی بایستی گواهی از پزشک متخصص

مبنی بر نوع بیماری ، دستور دارویی و مشخص کردن دوز داروی روزانه و مدت

مصرف دارو ارائه گردد .



هزینه های فیزیوتراپی

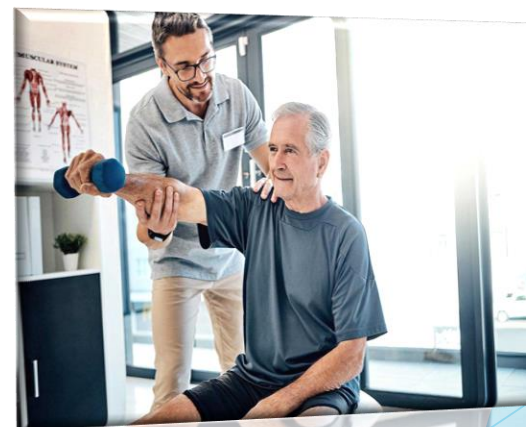
جهت امکان بررسی و پرداخت هزینه های فیزیوتراپی تکمیل مدارک ذیل الزامی می باشد :

۱- دستور پزشک جراح و متخصص مغز و اعصاب یا ارتوپد

۲- اصل گواهی هزینه پرداختی ممهور به مهر مرکز

۳- کارت ریز جلسات یا مشخص شدن تاریخ شروع و خاتمه + ذکر تعداد جلسات (حداکثر تا ۲۰ جلسه)

۴- برای تعداد جلسات بیشتر ارائه مدارک بالینی از جمله : گزارش ام آر آی و سی تی اسکن الزامیست .



هزینه های دندانپزشکی

جهت امکان بررسی و پرداخت هزینه های دندان پزشکی تکمیل مدارک ذیل الزامی می باشد :

۱- اصل قبض ریز خدمات انجام شده ، ممهور به مهر دندانپزشک

۲- ارائه گرافی قبل و بعد برای عصب کشی و روکش بیش از ۱ واحد ، برای جراحی نسج نرم

و نسج سخت و برای ترمیم بیش از ۳ واحد الزامیست .

۳- در صورت پرکردگی (۱ سطح ، ۲ سطح ، ۳ سطح) و جنس پرکردگی (آمالگام یا کامپوزیت) مشخص شود.



*** توجه ***

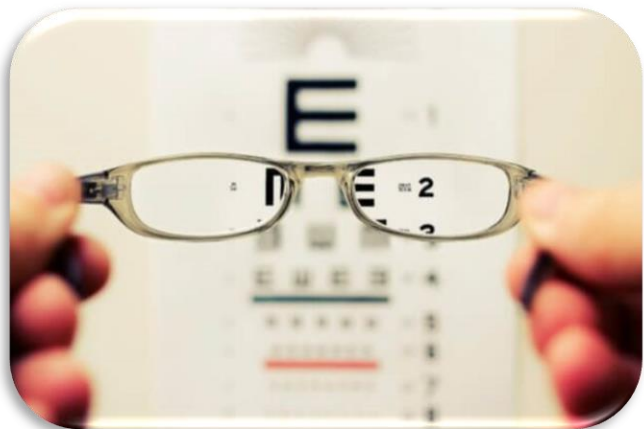
برای هزینه های ایمپلنت - دست دندان - ارتودنسی،
ارائه گرافی OPG قبل و بعد الزامی می باشد.



برای خدمات دندان پزشکی کودکان زیر ۱۲ سال و خانم های باردار
ارائه گرافی الزامی نمی باشد.



هزینه های عینک



جهت امکان بررسی و پرداخت هزینه های عینک تکمیل مدارک ذیل الزامی می باشد :

۱- اصل دستور چشم پزشکی، ممهور به مهر مبنی بر مشخص شدن شماره چشم

۲- ارائه شماره چشم کامپیوتری در صورت مراجعه به اپتومتریست الزامی می باشد

۳- ارائه اصل فاکتور خرید عینک ، ممهور به مهر عینک سازی



هزینه های اروتز

هزینه های اروتز صرفاً بعد از عمل جراحی و با دستور پزشک معالج قابل پرداخت می باشد .



جهت امکان بررسی و پرداخت هزینه های اروتز

تکمیل مدارک ذیل الزامی می باشد :

۱- دستور پزشک معالج

۲- اصل فاکتور خرید اروتز ، ممهور به مهر

۳- کپی گزارش و پرونده عمل جراحی



هزینه های سمعک

ابتدا بایستی جهت استفاده از سهم بیمه گر پایه اقدام شود
در صورت انصراف از دریافت سهم بیمه پایه ، بایستی مراتب کتباً اعلام گردد.

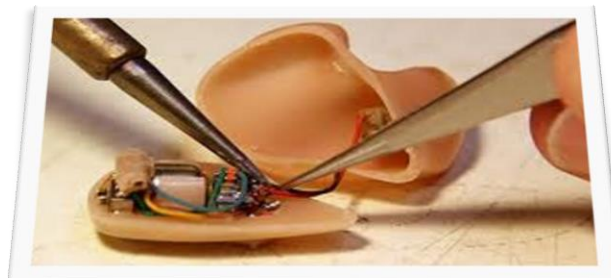
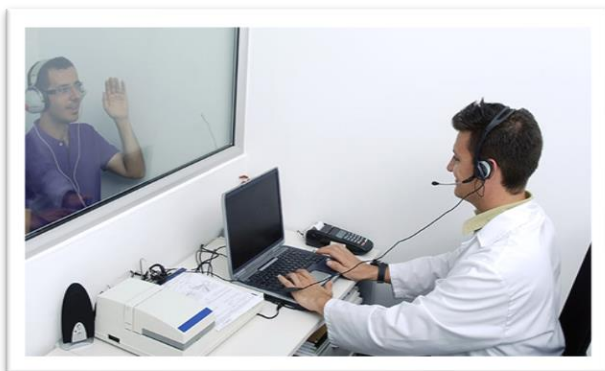
جهت امکان بررسی و پرداخت هزینه های خرید سمعک تکمیل مدارک ذیل الزامی می باشد :

۱- دستور پزشک متخصص (گوش، حلق، بینی) مبنی بر استفاده از سمعک

۲- گزارش ادیومتری (شنوایی سنجی)

۳- اصل فاکتور رسمی خرید سمعک ، با درج کد اقتصادی فروشنده سمعک

۴- کپی کارت گارانتی سمعک خریداری شده



توجه

(تعمیر و تنظیم سمعک در تعهد بیمه نمی باشد).



هزینه های گفتار درمانی و کاردرمانی



جهت امکان بررسی و پرداخت هزینه های گفتار درمانی و کار درمانی تکمیل مدارک ذیل الزامی می باشد :

۱- دستور پزشک متخصص مربوطه مبنی بر نوع بیماری ، طول درمان و مدت زمان و

تعداد جلسات درماه (حداکثر ۲۰ جلسه در ماه قابل پرداخت می باشد)

۲- اصل فاکتور ارائه شده توسط مرکز مربوطه، ممهور به مهر و امضا به تفکیک تاریخ



هزینه های جراحی مجاز سرپایی

جهت امکان بررسی و پرداخت هزینه های سرپایی تکمیل مدارک ذیل الزامی می باشد :

۱-دستور پزشک مربوطه

۲- اصل فاکتور ارائه شده توسط مرکز مربوطه ، ممهور به مهر



توجه

برای لیزر تراپی و کرایو بیش از سه جلسه، ارایه گزارش آزمایش یا تاییدیه پزشک مربوطه جهت امکان بررسی و پرداخت خسارت ، الزامی می باشد.



توجه

برای بیوپسی که نمونه برداری انجام می شود ، ارایه گزارش پاتولوژی جهت امکان بررسی و پرداخت خسارت ، الزامی می باشد.



هزینه های جراحی بیمارستانی

جهت امکان بررسی و پرداخت هزینه های جراحی بیمارستانی
تکمیل مدارک ذیل الزامی می باشد :

۱. اصل صورتحساب

۲. اصل ریز صورتحساب (ریز آزمایش ، ریز تصویر برداری ، دارو لوازم بخش و اتاق عمل)

تبصره ۱: در صورت داشتن اقلام دارو و تجهیزات بالای ۱۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال کپی فاکتور کلی خرید بیمارستان

تبصره ۲: فاکتور پروتز های خریداری شده به اسم بیمار ، دارای کد IRC و ممهور به مهر مرکز درمانی ،

مهر اتاق عمل ، مهر پزشک معالج ، مهر شرکت خریداری شده

۳. گزارش شرح حال

۴. گزارش جراحی

۵. گزارش بیهوشی

۶. در صورت انجام خدمات (اکو ، سی تی ، سونو ، ام آر آی ، آندوسکوپی و ...) ارائه گزارش الزامی است.

۷. خلاصه پرونده

۸. گزارش پاتولوژی در پرونده های اکسیزیون یا برداشت توده یا قسمت یا عضوی از بدن (هیسترکتومی، دیسککتومی

لامینکتومی، گاسترکتومی ، برداشت انواع تومور، کورتاژ، سنگ کلیه ، سنگ کیسه صفرا و ...)

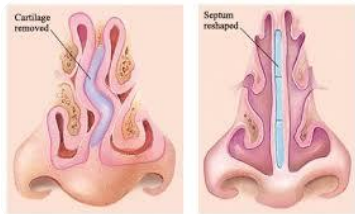


هزینه های جراحی بیمارستانی



در خصوص اعمال اسلیو ، سپتوپلاستی ، فتق نافی و شکمی ، استرایسیسم ، بلفاروپلاستی ، ماموپلاستی ، اکسیزیون توده چربی ، لیزیک چشم تاییدیه پزشک معتمد قبل از عمل الزامی است.

در مورد پرونده های کورتاژ ، سرکلاژ و فتق ، ارائه گزارش سونوگرافی قبل از عمل الزامی است.

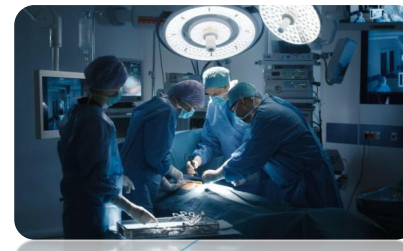


در مورد پرونده های سپتوپلاستی ، ارائه گزارش سی تی اسکن صورت و سینوس قبل از عمل الزامی است.

در مورد پرونده های دیسک و ستون فقرات ، مینیسک و ACL ارائه گزارش MRI الزامی است.



استفاده از بیمه گر پایه الزامیست در غیر اینصورت فرم انصراف از بیمه پایه تکمیل و تعرفه گلوبال تامین اجتماعی به جای فرانشیز کسر می گردد.



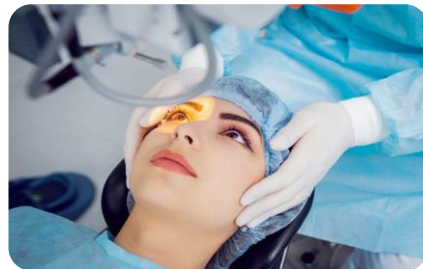
هزینه های آمبولانس

هزینه آمبولانس صرفاً به شرط بستری شدن در بیمارستان مقصد قابل پرداخت می باشد

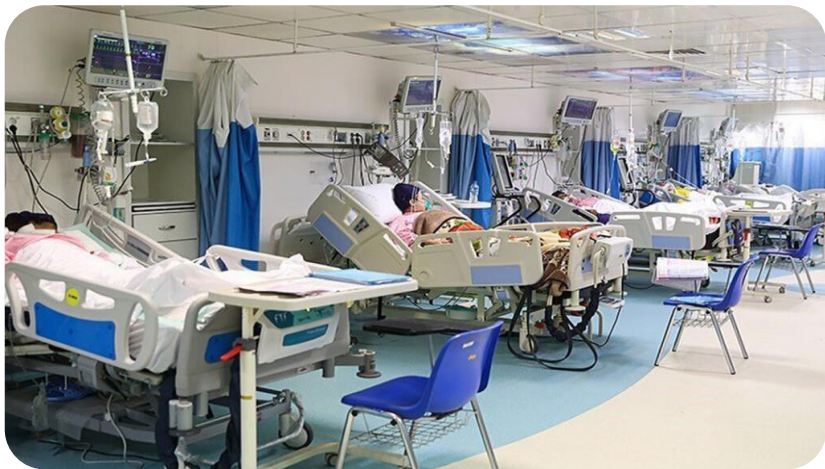


هزینه های رفع عیوب انکساری چشم

هزینه رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه ، درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدرمطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد قابل بررسی و پرداخت می باشد.



هزینه های بستری پرونده های داخلی



۱. اصل صورتحساب
۲. اصل ریز صورتحساب (آزمایش ، تصویربرداری ، دارو لوازم بخش)
■ تبصره : در صورت داشتن اقلام بالای ۱۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال

کپی فاکتور کلی خرید بیمارستان

۳. گزارش شرح حال

۴. دستورات پزشک

۵. گزارش مشاوره ها

۶. گزارش خدمات انجام شده در طول بستری (اکو ، سی تی ، سونو، ام آر آی)

۷. خلاصه پرونده

■ در صورتی که مرکز درمانی با بیمه پایه طرف قرار داد نباشد ارائه مدارک فوق به بیمه پایه و پس از دریافت گواهی

پرداخت به واحد بیمارستانی امور بیمه ارسال گردد

■ استفاده از بیمه گر پایه الزامیست در غیر اینصورت فرم انصراف از بیمه پایه تکمیل و تعرفه گلوبال تامین اجتماعی به

جای فرانشیز کسر می گردد





Jahani.Ramin@golrang.com



Gholamzadeh.Ali@Golrang.com



bimehgolrang



پاراکلینیکی 09912646068



بیمارستانی 09353012810



خط 30 021- 88886099



021- 86124200 -5



ما یک خانواده ایم

امور بیمه گروه صنعتی گلرنگ

واحد بیمه های اشخاص



گروه صنعتی گلرنگ
Golrang Industrial Group



Sayeh Etemad Iranian
شرکت خدمات بیمه ای
سایه اعتماد ایرانیان
کد: ۶۰۰۱۱

تهران: خیابان گاندی جنوبی، کوچه یکم، پلاک ۱۱

