

الزامات بیمه‌ای

۱. عدم وجود و درج تاریخ اعتبار بیمه‌ها و مخدوش بودن تاریخ اعتبار و رویت کارشناس بیمه
 ۲. اگر دستور پزشک در پرونده‌ها فاقد مهر و امضا باشد ویزیت آن روز کسر می‌شود. اگر در دستور پزشک به جای مهر و امضای پزشک معالج، مهر و امضای رزیدنت یا اینترن باشد کسور می‌خورد.
 ۳. باید شرح عمل، شامل تاریخ و مهر و امضای پزشک باشد. همچنین درج زمان شروع و پایان جراحی با تایید جراح لازم و ضروری است.
 ۴. شرح حال و خلاصه پرونده باید به صورت خوانا و کامل باشد و شامل تاریخ ترخیص و مهر و امضای پزشک باشد.
 ۵. در جراحی‌های متعدد به وسیله یک یا دو جراح درصدهای جراحی مطابق دستورالعمل بیمه‌ها اعمال می‌گردد. به عنوان مثال اگر آنژیوگرافی همراه با آنژیوگرافی سلکتیو دو کلیه باشد در آن صورت آنژیوگرافی عروق کرونر با درصد ۱۰۰ محاسبه می‌شود و آنژیوگرافی سلکتیو دو کلیه با درصد ۸۰ محاسبه می‌شود.
 ۶. برای بیمارانی که در بخش ویزیت می‌شوند فقط یک ویزیت برای یک روز تعلق می‌گیرد و اگر پزشک معالج تشخیص دهد که در ویزیت روزانه پزشک دیگری نیاز هست این کار باید حتما با صلاحدید کارشناس بیمه و در قالب مشاوره انجام یابد.
 ۷. عمل‌هایی که جنبه زیبایی داشته باشند در تعهد بیمه نیستند.
 ۸. شرح حال بیمار باید کامل باشد. علت جراحی و ... بطور شفاف و واضح توضیح داده شود.
 ۹. بخیه‌های اورژانس باید بصورت کامل (عمق جراحی، طول جراحی، علت جراحی و ...) توضیح داده شوند (اکثر بخیه‌ها به صورت اشتباه کد زده می‌شود که شامل کسورات می‌گردد).
 ۱۰. مشاوره‌ها باید شامل تاریخ و مهر امضای پزشک معالج که مشاوره درخواست کرده است باشد.
- ✓ مشاوره حتما باید توسط پزشک یا رزیدنت سال ۳ و بالاتر با تخصص مرتبط انجام یابد

در غیر اینصورت اگر اینترن یا رزیدنت سال اول و دوم یا رزیدنتی با تخصص دیگر مشاوره انجام دهد، مشاوره کسور می خورد.

✓ نیاز به مشاوره را هم حتما باید پزشک معالج درخواست کند و اگر اینترن یا رزیدنت و یا پزشک عمومی درخواست کند مشاوره کسور می خورد.

✓ مشاوره‌های بیهوشی در همه بخش‌ها به غیر از بخش مراقبت‌های ویژه قابل پرداخت است. اگر بیمار بعد از مشاوره بیهوشی به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل شود در اینصورت مشاوره قابل پرداخت نیست. در مشاوره‌های بیهوشی که درخواست انتوباسیون یا احیای قلبی ریوی شود مشاوره قابل پرداخت نیست و فقط اعمال قابل پرداخت هست.

✓ در مشاوره‌ها اگر درخواست خدماتی مانند: اکو - اندوسکوپی یا کولونوسکوپی شود که در همان روز انجام شوند، در آن صورت مشاوره قابل پرداخت نیست و فقط خدمات قابل پرداخت هستند، ولی اگر مشاوره و انجام خدمات در روزهای متفاوت باشد، مشاوره و خدمات قابل پرداخت خواهد بود.

✓ اگر مشاوره صرفاً به خاطر یک عملکرد خاص در خواست شود مانند مشاوره جهت اکو کاردیوگرافی، در آن صورت مشاوره قابل پرداخت نیست و فقط عملکرد قابل پرداخت خواهد بود.

۱۳. در آزمایشات حتما باید دستور آزمایشات با جزییات درخواست شود همانند آزمایش اسکرین ادراری که باید تک به تک آزمایشات در درخواست پزشک ذکر شود در غیر اینصورت کسور می خورد. آزمایشات آنتی ژن درهیچ کدام از بیمه‌ها قابل پرداخت نیست و باید به صورت آزاد محاسبه شوند (بیمه‌های تجاری مستثنی هستند).

۱۴. نوار قلب‌ها حتما باید شامل تفسیر و گزارش باشد در غیر اینصورت جزء حرفه‌ای کسور می خورد.

✓ نوار قلب در بخش مراقبت‌های ویژه و CCU جز خدمات بخش محسوب می‌شود و به صورت جداگانه پرداخت نمی‌شود ولی در سایر بخش‌ها با توجه به دستور پزشک قابل پرداخت هست.

✓ نوار قلب باید شامل تاریخ و مهر و امضای پزشک و بخش در خواست کننده و نام بیمار باشد.

۱۶. در مورد داروی اکتمرا باید دستور پزشک به صورت روزانه باشد و مجزا نوشته شود. دستور پزشک به صورت تجمیعی و در یک روز برای چندین دوز اکتمرا موجب کسور می‌شود.

۱۷. خدمات پزشکی که فاقد دستور باشند کسور می‌خورند. درخواست‌های اسکن و نوع آن از نوع اسپیرال و علت اسپیرال مشخص شود و در خواست اسکن جهت کرونا حتما قید شود.

۱۸. در مورد بیمارانی که آنژیوگرافی می‌شوند اگر در دستور بستری قید شود که بیمار جهت آنژیوگرافی بستری شود در اینصورت ویزیت کلا تعلق نمی‌گیرد ولی اگر بعد از بستری تصمیم به آنژیو گرفته شود در آن صورت تا یک روز قبل از آنژیو ویزیت قابل پرداخت هست.

✓ اگر بیمار در سرویسی به غیر از سرویس قلب بستری باشد و با مشاوره درخواست آنژیوگرافی شود فقط ویزیت روز آنژیوگرافی کسر می‌شود.

۱۹. بیمار اگر فوت شود و یا با رضایت شخصی ترخیص شود ویزیت روز آخر با عنوان ویزیت روز دوم پرداخت می‌شود و اگر به بیمارستان دیگر انتقال یابد، ویزیت روز ترخیص قابل پرداخت خواهد بود.

۲۰. بیمار اگر از اورژانس مراجعه کرده باشد، روز اول شامل ویزیت می‌شود ولی اگر بیمار از درمانگاه مراجعه کرده باشد ویزیت روز اول کسر می‌شود.

۲۱. اگر بیمار از ساعت ۲۳:۴۵ دقیقه به بعد وارد بخش شود تاریخ بستری از روز بعد محاسبه خواهد شد.

۲۲. تخت بخش مراقبت‌های ویژه و CCU در روز آخر ترخیص تخت عمومی محاسبه می‌شود مگر اینکه بیمار با رضایت شخصی مرخص، اعزام و یا فوت شود.

۲۳. اعمال اورژانس در صورتی که بیمار مستقیماً به ICU منتقل شود قابل پرداخت نیست به غیر از ویزیت عمومی و کاتتر گذاری ورید مرکزی که پرداخت می‌شود.
۲۴. در بخش ICU غیرمقیم (او جنرال) مشاوره‌های بیهوشی و اعمال بیهوشی به صورت آزاد محاسبه می‌شود اما در ICU های مقیم کلاً قابل پرداخت نیست.
۲۵. خونگیری شریانی و وریدی در بخش ICU قابل پرداخت نیست.
۲۶. تزریق استرپتوکیناز فقط در بیمه های نیروهای مسلح و تامین اجتماعی و بیمه های تجاری قابل پرداخت می‌باشد و در بیمه‌های سلامت به صورت آزاد محاسبه می‌شود.
۲۷. پزشکانی که از بیمارستان‌های دیگر برای مشاوره دعوت می‌شوند در صورتی که تخصص آنها در بیمارستان مرجع موجود نباشد به صورت مدعو محاسبه می‌شود.
۲۸. در بیماران غیرخاص، دیالیز تا ۶ جلسه به صورت حاد محاسبه می‌شود و از جلسه ۷ به بعد بصورت مزمن محاسبه می‌شود. در بیماران خاص همه دیالیزها مزمن زده می‌شوند.
۲۹. رادیولوژی‌های فاقد رپورت کسور می‌خورند.