

بیمه درمان گروهی سینا

مدارک مورد نیاز جهت جبران هزینه های مورد تعهد بیمه گر (در صورت عدم استفاده از مراکز طرف قرارداد)	پوشش های بیمه درمان
<p>اصل صورتحساب بیمارستان-برگه خلاصه پرونده -برگه شرح جراحی و بیهوشی و ریز مصرفی و دارو اتاق عمل(در صورت جراحی)-ریز مصرفی ها و دارو در بخش-گزارش و ریز اقدامات درمانی و تشخیصی انجام شده -برگه مشاوره و یزیت پزشکان(کلیه موارد ممهور به مهر بیمارستان)</p> <p>در صورت بستری در بیمارستان دولتی تنها موارد ذیل مورد نیاز می باشد</p> <p>اصل صورتحساب بیمارستان -برگه خلاصه پرونده-در صورت جراحی برگه جراحی و بیهوشی-اصل ریز تمامی مابه التفاوتها (ممهور به مهر بیمارستان)</p> <p>در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه ارائه رونوشت پرونده به همراه گواهی پرداخت بیمه گر پایه الزامی می باشد</p>	<p>جبران هزینه های بستری و اعمال جراحی ناشی از بیماری</p> <p>جبران هزینه های اعمال جراحی مربوط به سرطان و جراحی قلب ، مغز و اعصاب (بجز دیسک ستون فقرات)</p>
<p>اصل دستور پزشک معالج-اصل صورتحساب اقدامات درمانی انجام شده همراه با ارائه مستندات ابتلا به بیماری(مدارک مربوط به جراحی و یا مدارک تشخیص بیماری مانند پاتولوژی-ام آر آی و...)</p>	<p>جبران هزینه های بیماران خاص</p>
<p>ارائه اصل پرونده کامل درمان</p>	<p>جبران هزینه نازایی و ناباروری</p>
<p>اصل صورتحساب مرکز آمبولانس همراه با پرونده بستری</p>	<p>جبران هزینه آمبولانس</p>
<p>اصل دستور پزشک معالج- اصل قبض صادره مرکز تشخیصی درمانی -رونوشت گزارش خدمت</p>	<p>جبران هزینه های تشخیصی- پاراکلینیکی</p>
<p>اصل صورتحساب بیمارستان همراه با خلاصه پرونده -برگه شرح جراحی و بیهوشی و ریز مصرفی دارو و اپتومتر(برگه شماره چشم):درجه نزدیک بینی ،دوربینی،آستیگمات یا نقص بینایی چشم</p>	<p>جبران هزینه اعمال جراحی رفع عیوب انکساری(اصلاح دید)</p>
<p>اصل دستور پزشک معالج -اصل قبض مرکز فیزیوتراپی به همراه گواهی تعداد جلسات و شرح اقدامات انجام شده در صورت فیزیوتراپی بیش از دو اندام یا بیش از ده جلسه ام آر آی یا سی اسکن مربوط به بیماری ارائه گردد</p>	<p>جبران هزینه های فیزیو تراپی (خدمات فیزیوتراپی و کایروپراکتیک)</p>
<p>اصل قبض مرکز درمانی وگواهی پزشک معالج مبنی برشرح خدمت-شرح حادثه در صورت حادثه</p>	<p>جبران هزینه های جراحی مجاز سرپائی</p>
<p>گواهی پزشک معالج یا اصل قبض مرکز درمانی ممهور به مهر پزشک معالج با نام و نام خانوادگی بیمه شده به همراه تاریخ</p>	<p>ویزیت پزشکان و کارشناسان پروانه دار</p>
<p>گواهی پزشک متخصص مربوطه مبنی بر علت مشاوره و ذکر تعداد جلسات مشاوره</p>	<p>جبران هزینه های مشاوره</p>
<p>نسخه داروهای تجویز شده ممهور به مهر پزشک معالج و داروخانه همراه با رسید چاپی داروخانه</p>	<p>جبران هزینه های دارو(بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور)</p>
<p>اصل صورتحساب معتبر و دارای شناسه اقتصادی مربوط به مرکز پروتز خریداری شده ممهور به مهر پزشک معالج و مهراتاق عمل بیمارستان همراه با پرونده جراحی مربوطه</p>	<p>جبران هزینه های پروتز هایی که داخل بدن استفاده می شود</p>

اصل دستور پزشک متخصص مربوطه-اصل صورتحساب داروخانه یا مرکز تجهیزات پزشکی با نام و نام خانودگی بیمه شده- گزارش اسکن کف پا یا ام آر آی مربوط به بیمه شده	جبران هزینه های وسایل کمک پزشکی- پروتز و ارتز های خارج از بدن
اصل دستور پزشک متخصص مربوطه -اصل صورتحساب معتبرو دارای شناسه اقتصادی مربوط به مرکز خرید سمعک با درج نام و نام خانوادگی بیمه شده و تاریخ خرید -گزارش شنوایی سنجی-رونوشت کارت گارانتی سمعک	جبران هزینه سمعک
اصل دستور پزشک متخصص مربوطه مبنی بر تجویز عینک -برگه کامپیوتری تعیین ضعف بینایی با قید نام و مشخصات بیمه شده مهور به مهر چشم پزشک یا کارشناس بینا پی سنجی-اصل صورتحساب معتبر عینک فروشی با درج نام و نام خانوادگی دارای تاریخ و مهر عینک فروشی	جبران هزینه عینک
گواهی دندانپزشک معالج مبنی بر خدمات ارائه شده با ذکر شماره دندان به همراه ارائه رادیوگرافی و یا اسکن مربوط به خدمات انجام شده (انجام خدمات توسط دندانساز تجربی و خدمات غیر درمانی دندانپزشکی قابل پرداخت نمی باشد)	جبران هزینه دندانپزشکی (دندانپزشکی پایه- دندان مصنوعی-ایمپلنت-ارتودنسی)
ارائه اصل صورتحساب و شرح عمل-نامه انجمن حمایتی به همراه اصل صورتحساب پرداختی	جبران هزینه تهیه اعضاء طبیعی
اصل دستور پزشک متخصص مربوطه(مبنی بر نوع بیماری-طول درمان و تعداد جلسات) -اصل صورتحساب مهور به مهر مرکز توانبخشی و درمانگر با ذکر نام و مشخصات بیمه شده -گزارش مرکز مبنی بر نوع خدمات و تعداد جلسات با ذکر نام و نام خانوادگی بیمه شده و درج تاریخ	جبران هزینه خدمات توانبخشی مانند (کاردرمانی و گفتار درمانی)
اصل دستور پزشک متخصص مربوطه -اصل صورتحساب مرکز تشخیصی مربوطه -رونوشت گزارش اقدام تشخیصی انجام شده	جبران هزینه های تشخیص بیماری ها و ناهنجاری های جنین

اقداماتی که قبل از اقدام نیازمند اخذ تاییدیه بیمه سینا می باشد:

صدور معرفینامه و یا جبران هزینه جراحی سیتوپلاستی (انحراف بینی) منوط به ارائه سی تی اسکن قبل از انجام عمل جراحی و تایید پزشک معتمد سینا می باشد

صدور معرفینامه و یا جبران هزینه کورتاژ تخلیه ای منوط به ارائه سونوگرافی قبل از انجام عمل جراحی و یا تاییدیه پزشکی قانونی و تایید پزشک معتمد سینا می باشد

صدور معرفینامه و یا جبران هزینه جراحی بای پس معده منوط به ارائه گواهی تایید بیمه گر پایه و تایید پزشک معتمد سینا می باشد

صدور معرفینامه و یا جبران هزینه بلفاروپلاستی(جراحی پلک)منوط به ارائه پریمتری مبنی بر محدودیت میدان بینایی و تایید پزشک معتمد سینا می باشد

صدور معرفینامه و یا جبران هزینه ماموپلاستی منوط به ارائه ام آر آی ستون فقرات مبنی بر انحراف ستون فقرات و تاییدیه بیمه گر پایه و تایید پزشک معتمد سینا می باشد

صدور معرفینامه و یا جبران هزینه فتق نافی منوط به ارائه سونوگرافی شکم قبل از انجام عمل جراحی و تایید پزشک معتمد سینا می باشد

****کلیه بیمه شدگان محترم در مراکز طرف قرارداد متصل به سامانه بیمه سینا می توانند با ارائه کارت ملی و دستور پزشک معالج در محل مرکز معرفینامه دریافت نمایند**

فهرست مراکز طرف قرارداد در سایت بیمه سینا قابل دسترسی می باشد.

****در ساعات غیر اداری و تعطیلات رسمی شماره تماس ۰۹۱۲۷۸۵۲۲۸۳ جهت رفاه حال بیمه شدگان محترم پاسخگو می باشد.**

