

قابل توجه اساتید و کارکنان محترم دانشگاه

جدول دریافت مدارک پزشکی و پرداخت هزینه های بیمه تکمیلی آرمان

ردیف	نوع کاردرمانی	مدارک لازم جهت دریافت
۱	هزینه پاراکلینیکی طرح الف (انواع اسکن ، انواع سی تی اسکن و سونوگرافی ماموگرافی و انواع ام آر آی و انواع آندوسکوپی و انواع رادیوگرافی ، اکوکاردیوگرافی ، اکو داپلر مغزی ، رادیولوژی، تراکم استخوان، استرس اکو و دانسیتومتری، انواع اسکن چشم (پریمتری، پنتاکوم، Oct)	اصل دستور پزشک ، اصل فاکتور ، کپی جواب
۲	هزینه پاراکلینیکی طرح ب (انواع تست ، تست ورزش، تست آلرژی تست تنفسی ، نوار عضله ، نوار عصب، نوار مغز، نوارمئانه ، شنوایی سنجی، شستشوی گوش ، هولترمانیتورینگ قلب و نوار قلب ، آنژیوگرافی چشم، بینایی سنجی، مانومتری) .	اصل دستور پزشک ، اصل فاکتور ، کپی جواب
۳	هزینه پاراکلینیکی طرح ج (جراحیهای مجاز سربایی شامل: ختنه ، شکستگیها، گچ گیری، کرایوتراپی ، اکسیژون ، بخیه، لیپوم ، تخلیه کیست ، لیزردرمانی و بیوپسی ، برداشتن زگیل و میخچه)	اصل دستور پزشک ، اصل فاکتور ، کپی جواب
۴	دارو های دولتی - داروهای آزاد (۵۰٪ طبق تعرفه پرداخت می گردد - داروهای تقویتی و پوست و مو در تعهدات بیمه نمی باشد.	اصل نسخه دارو ممهور به مهر داروخانه ، فاکتور داروخانه و مهر پزشک معالج (خوانا) باشد.
۵	ویزیت پزشکان عمومی ، متخصص ، فوق تخصص	اصل قبض رسید ممهور به مهر پزشک معالج و قید تاریخ
۶	انواع تزریقات ، وصل سرم ، واکسن	اصل نسخه به همراه مهر
۷	هزینه های اورژانسی در موارد غیر بستری	اصل مدارک بیمارستانی با مهر اورژانس و گزارش اورژانس الزامی است
۸	کلیه هزینه های آزمایش تشخیص پزشکی - پاتولوژی یا آسیب شناسی و ژنتیک پزشکی	اصل دستور ، اصل فاکتور ، کپی جواب آزمایش
۹	فیزیوتراپی	اصل دستور پزشک ، قبض هزینه آزاد حساب شده الزامی است - در صورت انجام دادن بیش
۱۰	داروی خاص شامل ام اس، هموفیلی، تالاسمی، دیالیز - معلولین جسمی و ذهنی (تعداد افراد تحت پوشش ۲۰ نفر).	ارائه مستندات ابتلا به بیماری (جواب پاتولوژی، ام آرای و...) در اولین نوبت جهت تشکیل پرونده برای پرداخت اصل قبوض داروهای مربوط به بیماری و تصویر نسخه پزشک ممهور به
۱۱	حداکثر سقف تعهدات سالیانه هزینه های عینک طبی و لنز تماس طبی .	اصل دستور پزشک ، اپتومتری (تعیین نمره چشم) ، اصل فاکتور عینک ممهور به مهر مرکز خرید عینک قید تاریخ برگه تعیین نمره چشم (ممهور به مهر چشم پزشک) باشد.
۱۲	حداکثر سقف تعهدات سالیانه هزینه خرید سمعک .	اصل دستور پزشک ، اصل فاکتور
۱۳	گفتار درمانی و کاردرمانی (تعداد افراد تحت پوشش ۲۰ نفر)	اصل دستور پزشک