

د) بخش دندانپزشکی

به منظور رفاه حال بیمه شدگان محترم، پیشنهاد می گردد متقاضیان استفاده از خدمات دندانپزشکی، ترجیحاً از مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد بیمه ملت (مطب ها و کلینیک های دندانپزشکی) استفاده نمایند

۱- د) نحوه استفاده بیمه شدگان از مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد :

در صورتیکه بیمه شده ای از مراکز غیر طرف قرارداد استفاده نماید، می بایست صورت هزینه های دندانپزشکی خود را در سربرگ دندانپزشک / کلینیک مربوطه به همراه کلیه مستندات از جمله کلیشه رادیوگرافی و... به بیمه گر تحویل و در قبال آن ، رسید اخذ نماید:

توجه ۱: هزینه خدمات دندانپزشکی که جنبه زیبایی داشته باشد (از قبیل لمینت ، بلیچینگ و سایر موارد مشابه) غیر قابل پرداخت می باشد.

۲-د) ضوابط پرداخت هزینه های دندانپزشکی غیر طرف قرارداد (آزاد):

۱-۲-د) هزینه های دندانپزشکی با اعمال تعرفه اعلامی سندیکا و حداکثر تا سقف جداول تعهدات بیمه نامه محاسبه و پرداخت می گردد.

۲-۲-د) پرداخت هزینه دندان مصنوعی و نیز کرم کبالت و پلاک آکریلی که توسط دندان ساز تجربی انجام گرفته باشد غیر قابل پرداخت خواهد بود.

۳-د) مدارک لازم جهت پرداخت انواع خدمات دندانپزشکی:

۱-۳-د) ترمیم دندان (پر کردن)

جهت پرداخت هزینه ترمیم دندانها، چنانچه ۳ واحد و یا بیش از آن باشد، ارسال گرافی OPG قبل کار و گرافی پایان درمان الزامیست.

۲-۳-د) درمان ریشه (عصب کشی)

در هزینه های مربوط به درمان ریشه (عصب کشی) ارائه گرافی OPG قبل و بعد از کار الزامی است.

۳-۳-د) درمان بیماریهای لثه و کشیدن دندان با روش جراحی

جهت پرداخت هزینه های درمان بیماریهای لثه و جراحی دندان نهفته (و نیمه نهفته) ارائه گرافی OPG قبل و بعد درمان الزامیست.

۴-۳-د) روکش دندان

جهت پرداخت هزینه روکش دندان ها ارائه گرافی تک دندان قبل و بعد از درمان الزامیست. جهت پرداخت هزینه درمان روکش در

مواردی که بیش از ۳ واحد باشد، ارائه گرافی کل دهان (OPG) قبل و پس از درمان، ضروریست

۵-۳-د) درمان ارتودنسی

۱-۳-۵-د) ضوابط پرداخت هزینه های درمان ارتودنسی:

پرداخت هزینه ارتودنسی صرفاً تا سن ۱۸ سال تمام با رعایت ضوابط ذیل قابل پرداخت می باشد:

۱- ارائه فاکتور بابت مبلغ هزینه درمان ارتودنسی دریافت شده توسط پزشک معالج

۲- قید اقساط پرداختی در نسخه (گواهی اقساط پرداختی به پزشک) در صورت پرداخت اقساطی

۳- مشخص بودن مدت زمان انجام درمان ارتودنسی در نسخه (شروع و پایان)

۴- ارائه گرافی لترال سفالومتری + فتوگرافی اولیه

۵- ارائه گرافی OPG همراه با براکت یا ارسال پرینت عکس دندانها با براکت (عکس گرفته شده توسط خود بیمار) الزامیست. (منظور

از دندان براکت شده، دندان سیم کشی شده است)

۶- شروع درمان ارتودنسی باید در مدت قرارداد باشد. ۵۰ درصد هزینه ارتودنسی (ثابت) همزمان با شروع درمان محاسبه خواهد شد و

۵۰ درصد دوم پس از اتمام درمان و یا در سال دوم قرارداد قابل پرداخت می باشد.

توجه ۱: هزینه پلاک متحرک و یا براکت شکسته شده غیر قابل پرداخت می باشد.

توجه ۲: هزینه ارتودنسی برای افراد بالای ۱۸ سال در صورتیکه جنبه درمانی داشته باشد (حادثه و تصادف) با تأیید دندانپزشک معتمد

بیمه گر قابل بررسی میباشد.

۶-۳-د) درمان ایمپلنت

۱-۳-۶-د) ضوابط پرداخت هزینه های درمان ایمپلنت:

جهت پرداخت هزینه درمان ایمپلنت، ارائه اسکن C.B.C.T یا O.P.G قبل و بعد از کار الزامی می باشد. (هزینه C.B.C.T از سقف

پارا ۱۱ قابل پرداخت می باشد).

توجه ۱: جهت پرداخت هزینه ایمپلنت، الزاماً هر مرحله از انجام درمان و رادیوگرافی های مربوطه می بایست در مدت زمان اعتبار

بیمه نامه باشد.

۲-۶-۳-د) نحوه پرداخت هزینه درمان ایمپلنت

هزینه های ایمپلنت پس از تائید اولیه و تائید نهایی با توجه به مستندات مربوطه ، طی دو نوبت به شرح ذیل پرداخت می گردد :

۱- نوبت اول : پس از جراحی و گذاشتن فیکسچر

۲- نوبت دوم : پس از گذاشتن تاج

توجه : تفکیک هزینه جراحی ، کارگزاری فیکسچر و گذاشتن تاج بصورت مجزا توسط دندانپزشک معالج ضروری می باشد.

در صورتیکه هر یک از دو مرحله درمان (۱- جراحی گذاشتن فیکسچر ایمپلنت و ۲- روکش ایمپلنت) در خارج از بازه قرارداد باشد، آن بخش قابل پرداخت نمی باشد.

۷-۳-د) دندان مصنوعی

پرداخت هزینه دندان مصنوعی و نیز پلاک کروم کبالت و همچنین پلاک آکریلی پس از تائید دندانپزشک معتمد بیمه گر صورت می گیرد.

در صورت صلاحدید شرکت ارزیاب، فوتوگرافی با گوشی موبایل از دندان مصنوعی و دهان در وضعیت قبلی و جدید و نیز گرافی کل دهان (OPG) می تواند جایگزین ویزیت توسط دندانپزشک معتمد شود.

توجه : پرداخت هزینه دندان مصنوعی و نیز کرم کبالت و پلاک آکریلی که توسط دندان ساز تجربی انجام گرفته باشد غیر قابل پرداخت خواهد بود.

۸-۳-د) دندان پزشکی مربوط به بخش اطفال

۱-۸-۳-د) پلاک فضا نگهدارنده ثابت یا متحرک :

جهت پرداخت هزینه پلاک فضا نگهدارنده ثابت یا متحرک ، ارائه فوتوگرافی با گوشی از درمان انجام شده ضروریست

۴-د) دندانپزشکی تحت بیهوشی

در صورت انجام خدمات دندانپزشکی هریک از بیمه شدگان تحت بیهوشی ، کلیه هزینه های صورتحساب (شامل : حق الزحمه پزشک بیهوشی ، جراح ، اتاق عمل ، دارو ، وسایل مصرفی ، تخت و ...) ازسقف تعهدات بستری قابل پرداخت می باشد.(در تعهد دندانپزشکی نمی باشد و در تعهد خدمات بستری است.)

هزینه بیهوشی صرفاً برای گروه های ذیل قابل بررسی می باشد :

۱- کلیه معلولین ذهنی و جسمی

۲- درمواد phobia (ترس ذهنی)

۳- بیماران غیر همکار صرفاً برای سنین کمتر از ۷ سال (منظور از بیماران غیر همکار، بیمارانی می باشند که با دندانپزشک همکاری نمی نمایند)

توجه: منظور از خدمات بیهوشی در حین دندانپزشکی صرفاً آن دسته از خدمات است که شرایط استاندارد اتاق عمل مجهز به تجهیزات بیهوشی و حضور متخصص بیهوشی و ارائه برگه استاندارد بیهوشی باشد که از سقف تعهدات بستری قابل پرداخت می باشد. توجه: بیمه شدگان محترم می بایست صورت حساب دندانپزشکی خود را در مراکز غیر طرف قرارداد را به همراه فرم پیوست (۱) تکمیل و به نماینده بیمه ملت ارائه نمایند به صورتحساب های ناقص خارج از ضوابط مندرج در فرم ترتیب اثر داده نخواهد شد.

▪ امکان استفاده بیمه شدگان از پوشش دندانپزشکی تا مجموع سقف تعهدات چهار نفر از اعضای یک خانواده برای یک عضو میسر

می باشد و طبق تعرفه بخش خصوصی سندیکا بیمه گران ایران تحت پوشش می باشد.

برگ استفاده از خدمات دندان پزشکی (ویژه مراجعه به مراکز دندان پزشکی غیر طرف قرارداد) بیمه ملت
بمنظور کاهش اشعه و دفعات تهیه رادیوگرافی، توصیه می گردد در اولین مراجعه به دندانپزشکی و فقط یکبار تا پایان قرارداد، یک گرافی از کل دهان

(پانورکس یا همان OPG) تهیه نمایند

اطلاعات هویتی: (تکمیل این قسمت توسط معرفی شده الزامی است)	تاریخ تکمیل فرم: / /
مشخصات (بیمار):	
نام خانوادگی: نام تولد: / / کد ملی: نسبت با بیمه شده	
اصلی: تلفن همراه بیمار (الزامی): شهر محل سکونت (الزامی):	
مشخصات بیمه شده اصلی:	
نام خانوادگی: کد ملی:	
نام واحد محل خدمت: تلفن همراه: شماره تماس (محل کار):	
این قسمت توسط تحویل گیرنده اسناد تکمیل و تیگ زده می شود:	
<input type="checkbox"/> اسم، کد ملی، تلفن همراه و سایر مشخصات بیمار بصورت کامل در بخش فوق تکمیل شده است	
<input type="checkbox"/> نسخه دندانپزشک دارای مهر و امضاء می باشد	
<input type="checkbox"/> نسخه تاریخ دارد و تاریخ نسخه در بازه قرارداد می باشد	
<input type="checkbox"/> شماره و جهت دندان ها، تعداد کانالها، تعداد سطوح دندان ها و سایر جزئیات درمان مشخص می باشد	
<input type="checkbox"/> گرافی قبل از درمان ضمیمه می باشد	
<input type="checkbox"/> گرافی بعد از درمان ضمیمه می باشد	
<input type="checkbox"/> آدرس و تلفن مرکز / دندانپزشک:	
مستندات کامل است <input type="checkbox"/> مستندات ناقص است <input type="checkbox"/>	نام و امضاء دریافت کننده سند:
	تاریخ دریافت:
به پیوست اصل صورت حساب به همراه ضمایم مورد نیاز آن ارسال می گردد. امضاء بیمه شده اصلی:	
بیمه شده ارجمند آیا خواستار دریافت اصل گرافی های قبل و بعد درمان خود می باشید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
هر گونه مشکل در صورتحساب ارسالی خود را با شماره تلفن ۰۲۱-۵۷۸۳۷۰۰۰ در میان بگذارید.	
نکات قابل توجه	
✓ هزینه درمان هایی که جنبه زیبایی دارند، قابل پرداخت نمی باشد.	
✓ در مورد دست دندان (دندان مصنوعی)، پروتز متحرک آکریلی و کرم کبالت، رویت بیمار (پس از درمان) توسط دندان پزشک معتمد الزامی با بیمه شده تماس گرفته خواهد شد.	
✓ برای پرداخت هزینه ارتودنسی، فوتو آتلیه ای و گرافی کل دهان (پانورکس، OPG) قبل و بعد از درمان ضروری است.	
✓ برای پرداخت هزینه ایمپلنت، گرافی کل دهان (پانورکس، OPG) قبل و بعد از درمان ضروری است.	
✓ در سایر خدمات، در صورت ناقص بودن گرافی و مستندات و برای تکمیل آنها، با بیمه شده تماس گرفته خواهد شد.	
نام و نام خانوادگی مسئول بیمه ای: تاریخ ارسال مدارک:/...../..... امضاء و مهر:	