



بسمه تعالی

کانون سردفتران و دفتریاران استان مازندران

اطلاعات بخش بیمه و درمان

مراکز پزشکی و درمانی طرف قرارداد کانون سردفتران و دفتریاران در سطح استان مازندران :

آمل - بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی شمال	قائم شهر - مرکز فیزیوتراپی طاها
آمل - داروخانه بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی شمال	محمود آباد - داروخانه شبانه روزی دکتر داعی نیاکی
آمل - مرکز فیزیوتراپی حامی	نکاء - داروخانه دکتر نیکزاد
آمل - آزمایشگاه دکتر علی سینا شهره	نور - آزمایشگاه تشخیص طبی ایران
آمل - داروخانه پاستور	نوشهر - مرکز جراحی (محدود) مهر
بابل - آزمایشگاه پاتوبیولوژی رازی بابل	نوشهر - مرکز فیزیوتراپی البرز
بابل - بیمارستان کودکان امیرکلا	
بابل - داروخانه بیمارستان کودکان امیر کلا	
بابل - بیمارستان مهرگان	
بابل - داروخانه دکتر آقا ملکی	
بابل - مرکز تصویربرداری پزشکی مهرگان شمال	
بهشهر - بیمارستان مهر	
بهشهر - آزمایشگاه دکتر امیدی	
تنکابن - آزمایشگاه پزشکی دانش	
تنکابن - بیمارستان خصوصی و فوق تخصصی شهسوار	
چالوس - آزمایشگاه طبی و پاتولوژی دکتر کشوری	
چالوس - بیمارستان امام رضا (ع)	
چالوس - داروخانه شبانه روزی دکتر کریمی	
چالوس - درمانگاه شبانه روزی حضرت قائم (عج)	
رامسر - آزمایشگاه پاتوبیولوژی نادر	
رامسر - بیمارستان امام سجاد (ع)	
ساری - آزمایشگاه بالینی و پاتوبیولوژی مازندران	
ساری - آزمایشگاه پاتوبیولوژی فجر - دکتر مهدوی	
ساری - بیمارستان شفاء	
ساری - بیمارستان و زایشگاه نیمه شعبان	
ساری - مرکز تصویر برداری پزشکی پرتو مازند	
ساری - داروخانه شبانه روزی دکتر علیمحمدی	
قائم شهر - آزمایشگاه دکتر هدایتی	
قائم شهر - داروخانه شبانه روزی دکتر جعفری	

نحوه مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد جهت دریافت خدمات درمانی سرپایی:

همکاران سردفتر و دفتریار می توانند با در دست داشتن کارت شناسایی (سردفتری یا دفتریاری) یا دفترچه درمان کانون و افراد تحت تکفل با در دست داشتن دفترچه درمان کانون و کارت درمان به مراکز طرف قرارداد اعلام شده مراجعه و تا سقف تعیین شده قرارداد از خدمات مربوطه بهره مند شوند و در صورتی که مبلغ خدمات دریافتی از سقف مشخص قرارداد (پیوست ۱) بیشتر بوده و یا نیاز به بستری در بیمارستان ها باشد می توانند به طریق ذیل نسبت به دریافت معرفی نامه از کانون اقدام نمایند:

نحوه اخذ معرفی نامه به بیمارستانهای طرف قرارداد جهت بستری و مبالغ خدمات خارج از سقف قرارداد :

همکاران گرامی در صورت نیاز به بستری شدن خود یا افراد تحت تکفل و یا مبالغ خارج از سقف قرارداد می توانند با ارسال تصویر صفحه اول دفترچه بیمه (دفترچه درمان کانون یا بیمه پایه) و برگه دستور پزشک به شماره نمابر ۰۲۱-۸۸۷۰۵۱۹۰ داخلی ۱۱۴۵ و پس از ارسال فکس با برقراری تماس با بخش پذیرش واحد درمان واحد درمان کانون سردفتران و دفتریاران به شماره ۰۲۱-۸۸۷۰۵۱۹۰ نسبت به اخذ معرفی نامه اقدام فرمایند.

توضیحات در خصوص بیمه پایه و دریافت دفترچه :

همکاران سردفتر و دفتریار مرد و افراد تحت تکفل ایشان و یا همکاران خانم و فرزندان که فاقد دفترچه بیمه (خدمات درمانی یا تامین اجتماعی یا نیرو های مسلح) می باشند می توانند با مراجعه به هر یک از دفاتر خدمات بیمه سلامت محل سکونت خود در قالب طرح همگانی بیمه سلامت اقدام به دریافت دفترچه بیمه سلامت خود و افراد تحت تکفل اقدام نمایند.

لازم بذکر است که "دفترچه درمانی کانون" مربوط به بیمه تکمیلی همکاران و افراد تحت تکفل بوده و در صورت عدم ارائه دفترچه مربوط به بیمه پایه ، ملزم به پرداخت فرانشیز برابر مفاد قرارداد با مرکز مربوطه خواهند بود.

نحوه دریافت دفترچه بیمه سلامت:

همکاران محترم می توانند با مراجعه به هر یک از دفاتر خدمات بیمه سلامت محل سکونت خود در قالب طرح همگانی بیمه سلامت اقدام به دریافت دفترچه بیمه سلامت خود و افراد تحت تکفل خود اقدام نمایند.

قابل توجه همکاران گرامی با توجه به اینکه قرارداد یکساله با بیمه سلامت استان به اتمام رسیده لذا کلیه همکاران عزیز می توانند با مراجعه به هر یک از دفاتر خدماتی بیمه نسبت به درخواست دفترچه خدمات درمانی در قالب طرح بیمه همگانی نسبت به دریافت دفترچه بیمه خدمات درمانی اقدام نمایند.

نحوه دریافت دفترچه درمان کانون:

همکاران محترم جهت دریافت دفترچه درمان کانون می توانند با تماس با کانون سردفتران و دفتریاران (شماره تماس : ۰۲۱-۸۸۷۰۵۱۹۰) واحد درمان بخش صدور دفترچه نسبت به اخذ دفترچه درمان کانون اقدام نمایند.

لازم به ذکر است واحد درمان کانون سردفتران و دفتریاران به جهت سهولت در امور درمان همکاران و افراد تحت پوشش در حال آماده سازی مقدمات لازم جهت صدور "کارت درمان" می باشد که نحوه دریافت در اطلاعیه های بعدی به اطلاع میرسد.

نحوه ارسال مدارک و اسناد پزشکی جهت اخذ هزینه های پزشکی انجام شده از کانون:

جهت ارسال مدارک پزشکی به کانون مرکز با مراجعه به نمایندگان واحد بیمه و درمان کانون در شهر های خود می توانند با دریافت فرم سه نسخه ای مربوطه پس از تکمیل فرم ، به همراه اصل فاکتورها و مدارک برابر ضوابط کانون (جدول شماره ۱) ، به پیوست نامه با سربرگ دفترخانه ، به نشانی : تهران خیابان استاد مطهری روبروی سنایی پلاک ۲۷۳ کانون سردفتران و دفتریاران کد پستی ۱۵۷۶۷۱۷۳۱۱ ارسال نمایند

پیگیری جهت چگونگی واریز هزینه ها به حساب متقاضی از طریق کانون سردفتران و دفتریاران خواهد بود .

(شماره تماس : ۰۲۱-۸۸۷۰۵۱۹۰)

واحد بیمه و درمان کانون سردفتران و دفتریاران استان مازندران

کانون سردفتران و دفتریاران استان مازندران

نشانی : ساری - میدان امام - بلوار پاسداران - کوی رفیع کدپستی : ۴۸۱۵۸۳۳۱۵۷

تلفن : ۰۱۱-۳۳۳۴۲۵۲۹ نمابر (فکس) : ۰۱۱-۳۳۳۴۶۵۲۹

سایت : www.mazandnotary.com ایمیل : info@mazandnotary.com

سقف هزینه های مورد استفاده از دفترچه بیمه کانون برای آزمایشگاه ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال ، پاراکلینیکی ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال ، فیزیوتراپی ۱۰ جلسه برای دو اندام و ۲۰ جلسه برای یک اندام ، دارو با تجویز پزشک عمومی ۱,۵۰۰,۰۰۰ ریال ، دارو با تجویز پزشک متخصص ۲,۵۰۰,۰۰۰ ریال ، دارو با تجویز دندانپزشک و ماما ۸۰۰,۰۰۰ ریال می باشد و چنانچه مبلغ خدمات دریافتی مربوطه بیش از مبالغ مذکور باشد یا در صورت نیاز به بستری و یا موارد جراحی ، پذیرش بیماران الزاماً با معرفی نامه کانون مرکز انجام پذیرد ، همچنین پرداخت هزینه های درمانی مربوط به بیماران ناشی از تصادفات رانندگی خارج از تعهد این کانون می باشد .

کانون سردفتران و دفتریاران مازندران

مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های درمان در سال ۱۳۹۶

نوع هزینه	مدارک پرداخت / توضیحات
۱- هزینه های بستری (عمومی)	۱- اصل صورتحساب پرداخت ۲- برگه بیهوشی (کپی برابر اصل) ۳- شرح عمل (کپی برابر اصل) ۴- خلاصه پرونده و سیر بیماری (کپی برابر اصل) ۵- ریز دارو و لوازم مصرفی * (در صورت استفاده از بیمه پایه) تأمین اجتماعی، بیمه سلامت و نیروهای مسلح (کپی برابر اصل در غیر این صورت اصل مدارک الزامیست). ۶- تجهیزات * (ارائه فاکتور تجهیزات ملزم به مهر پزشک جراح، شرکت خریداری شده و اتاق عمل یا دکتر بیهوشی بوده، و در صورت استفاده از بیمه پایه) تأمین اجتماعی، بیمه سلامت و نیروهای مسلح (کپی برابر اصل؛ در غیر این صورت ارائه اصل مدارک الزامیست). * (در صورتی که تجهیزات توسط خود بیمارستان تهیه شود ارائه فاکتور های کپی برابر اصل بیمارستان الزامیست). ۷- خسارت متفرقه * (در صورتی که پرداخت هزینه به صورت خسارت متفرقه از بیمه پایه صورت گیرد ارائه گواهی پرداخت توسط بیمه پایه مهیور به مهر الزامیست). ۸- برای عمل جراحی سزارین دستور پزشک مبنی بر علت سزارین الزامیست.
۲- هزینه های بستری (تخصصی)	
۳- زایمان (طبیعی / سزارین)	
۴- لیزیک چشم	۱- اصل صورتحساب پرداخت ۲- گواهی تعیین نمره چشم و تایید پزشک (۳ و بیشتر از ۳ دیوپتر) ۳- گزارش لیزیک
۵- نازایی	۱- اصل صورتحساب پرداخت ۲- شرح عمل ۳- خلاصه پرونده ۴- ریز دارو لوازم مصرفی ۵- در صورت بیهوشی برگه بیهوشی الزامی می باشد.
۶- هزینه های سربایی و دارو	۱- برای پرداخت هزینه درمانی تا مبلغ ۵۰۰/۰۰۰ ریال بدون نیاز به قبض (نوشتن مبلغ در دفترچه کانون) پرداخت می گردد. ۲- برای پرداخت هزینه درمانی تا مبلغ ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال داشتن اصل قبض رسید پرداخت، دستور (نسخه) پزشک و یا جواب الزامی می باشد. ۳- برای پرداخت هزینه درمانی بالای مبلغ ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال اصل قبض رسید، دستور (نسخه) پزشک و جواب الزامی می باشد. ۴- برای پرداخت ویزیت (نسخه آبی دفترچه کانون)، (سرپرگ پزشک)، (نسخه قرمز رنگ سلامت) به همراه مبلغ مهر و امضا پزشک و تاریخ الزامی می باشد.
۷- شیشه و فریم عینک یک دید	هر دو سال یکبار پرداخت می گردد. ۱- دستور پزشک متخصص چشم یا اپتومتریست جهت تعیین نمره چشم
۸- شیشه و فریم عینک دو دید	۲- فاکتور خرید عینک از مراکز معتبر با مهر و امضا
۹- سمعک	هر دو سال یکبار پرداخت می گردد. ۱- دستور پزشک ۲- جواب شنوایی سنجی ۳- فاکتور خرید سمعک از مراکز معتبر با مهر و امضا و تعیین تعداد سمعک در فاکتور خرید
* برای پرداخت کلیه هزینه های دندانپزشکی از تاریخ ۱۳۹۶/۱۱/۱ اصل رسید دستگاه کارتخوان الزامی می باشد.	
۱۰- هزینه خدمات عمومی دندانپزشکی اعم از ترمیم، درمان ریشه، روکش، جراحی لثه و بریج و...	۱- اصل گواهی پزشک معالج بر روی سرنسخه رسمی مرکز درمانی شامل آدرس، تلفن، نام مرکز درمانی و مهیور با شرح کامل و دقیق نوع خدمت انجام شده ((نام، نام خانوادگی بیمار و نیز تاریخ انجام (هزینه بدون خط خوردگی) حتما ذکر گردد)) ۲- رسید دستگاه کارتخوان مبنی بر پرداخت هزینه دندانپزشکی و اصل یا فتوکپی خلاصه پرونده و شرح عمل دندانپزشکی مهیور به مهر پزشک الزامیست. (کلیه هزینه های دندانپزشکی مربوط به سال ۱۳۹۵ که در سال ۱۳۹۶ ارسال می گردد، رسید دستگاه کارتخوان مبنی بر پرداخت هزینه یا اصل یا فتوکپی خلاصه پرونده و شرح عمل دندانپزشکی مهیور به مهر پزشک الزامیست). ۳- ارائه عکس پری اپیکال قبل و بعد از درمان. علاوه بر مدارک فوق الذکر (بند الف) ارائه OPG (رادیوگرافی کامل فکین) بعد از درمان ایمپلنت، الزامی می باشد.
۱۱- هزینه های ارتودنسی	صرفاً به افراد زیر ۸۱ سال تعلق می گیرد. *علاوه بر مدارک فوق الذکر در ردیف ۱۰ ۱- دستور پزشک که شامل: نوع درمان، علت درمان، تاریخ شروع و اتمام ارتودنسی درج شده باشد. ۲- ارائه OPG (رادیوگرافی کامل فکین) الزامی می باشد.
۱۲- دندان مصنوعی	*علاوه بر مدارک فوق الذکر در ردیف ۱۰ ۱- دستور پزشک ۲- ارائه OPG
۱۳- ایمپلنت	۵ دندان در طول خدمت محاسبه می گردد. *علاوه بر مدارک فوق الذکر در ردیف ۱۰ ارائه OPG (رادیوگرافی کامل فکین) بعد از درمان ایمپلنت، الزامی می باشد.
همکار گرامی: ضمن تشکر از امان نظر حضرت تعالی، چنان چه یک پرونده، ۲ بار و بدون رعایت دستورالعمل فوق، به واحد درمان ارسال شود، مدارک ناقص، بدون رسیدگی بایگانی می شود.	
با تشکر - واحد بیمه درمان کانون سردفتران و دفتریاران	