

پوشش‌های بیمه درمان تکمیلی

فرهنگیان دارای بیمه پایه از سازمان تأمین اجتماعی و یا بیمه خدمات درمانی (بیمه سلامت) می باشند که با توجه عدم پوشش کامل هزینه های درمان این دو نهاد، وزارت آموزش و پرورش اقدام به انعقاد قرارداد با شرکت بیمه دانا جهت تکمیل پوشش خدمات درمانی نموده است.

در این قرارداد که حق بیمه نامه بدون احتساب نه درصد ارزش افزوده، ۲۷۵/۰۰۰ تومان می باشد دوسوم آن توسط دولت پرداخت، و یک سوم آن به مبلغ، ۹۱/۶۶۶ تومان بابت هر بیمه شده، و در صورت خرید بیمه نامه برای پدر و مادر ۲۷۵/۰۰۰ تومان به ازای هر فرد از فیش حقوقی کسر می گردد.

این بیمه نامه از تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۰۱ شروع گردیده است که فرهنگیان در تیرماه جهت ثبت نام بیمه شدگان خود اقدام نموده اند و در حال حاضر امکان اضافه و یا حذف بیمه شده تا پایان قرارداد یا زمان اطلاع رسانی از سوی بیمه گر مقدور نمی باشد.

در این بیمه نامه ۱۵ درصد فرانشیز به عهده بیمه شده می باشد.

نحوه استفاده از بیمه تکمیلی درمان به دو روش به شرح ذیل می باشد:

۱. به صورت غیر مستقیم: بیمه شدگان به مراکز درمانی طرف قرارداد شرکت بیمه گر مراجعه می نمایند و مرکز مذکور به صورت آنلاین معرفی نامه خود را صادر و خدمات را ارائه می نماید و بیمه شده محترم با پرداخت ۱۵ درصد فرانشیز خدمات را دریافت می نماید. لازم به ذکر است اسامی مراکز درمانی به همراه نشانی و شماره تماس آنها در سایت قابل مشاهده می باشد.

۲. به صورت مستقیم: بیمار به صورت مستقیم به بیمارستانها، مراکز جراحی محدود، مراکز تصویر برداری، آزمایشگاه ها، داروخانه ها کلینیک دندان پزشکی و ... مورد نظر خود مراجعه و پس از انجام خدمت فوق و پرداخت مبلغ به صورت کامل به مرکز، جهت دریافت خسارت خدمت انجام شده، مدارک و مستندات را به نمایندگی های پذیرش شرکت بیمه گر تحویل می دهد. لازم به ذکر است لیست نمایندگی و نشانی و شماره تماس آنها در سایت قابل مشاهده می باشد.

شرکت بیمه گر پس از دریافت مدارک و مستندات بیمه شده، خدمت مورد نظر را بررسی و پس از فرآیند ارزیابی حداکثر ۱۵ روز پس از دریافت مدارک، مبلغ فوق با کسر ۱۵ درصد فرانشیز (در صورت عدم پرداخت مبلغ توسط بیمه پایه) پرداخت می گردد.

تعهدات بیمه نامه به شرح ذیل می باشد:

ردیف	تعهدات بیمه گر	سقف تعهدات	فرانشیز
۱	جبران هزینه های بستری، جراحی و اعمال جراحی Care Day در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان کمتر از ۱۰ سال و یا بیشتر از ۷۰ سال (مطابق آیین نامه ۹۹)	بدون سقف	۱۵
۲	جبران هزینه های شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی و کلیه اعمال اینترونشنال عروق کرونر و عروق داخل مغز	بدون سقف	۱۵
۳	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین	۱۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۵
۴	جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط، GIFT، ZIFT، IUI، میکرواینجکشن و IVF	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۵
۵	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد. سقف تعهدات برای هر دو چشم	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۵
۶	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل انواع رادیوگرافی، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن و سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی، انواع هولترمانیتورینگ، آنالیز پیس میکر، EECPT، تیلت تست، استرس اکو، دانسیتومتری، سنجش تراکم استخوان، آنژیو اسکن قلب و اکوی چشم، پزشکی هسته ای (اسکن های هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)	بدون سقف	۱۵
۷	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی مانند (اسپیرومتری، PFT-) و نوارعضله EMG، نوارعصب NCV، خدمات تشخیصی یورودینامیک، نوار مثانه (سیستومتری یا سیستوگرام) شنوایی سنجی، بینایی سنجی	بدون سقف	۱۵

		هولترمانیتورینگ قلب، هولتر فشار خون، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی، آنژیوگرافی چشم، پنتاکم چشم، پریمتری، بیومتری، پانکی متری، خدمات تشخیصی قلبی وعروق شامل الکتروکاردیوگرافی، نوارقلب	
۱۵	بدون سقف	جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچگیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی	۸
۱۵	بدون سقف	جبران هزینه پاراکلینیکی گروه سوم و چهارم: انواع خدمات آزمایش های تشخیصی پزشکی به استثناء چکاپ، شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تستهای آلرژیک، ناهنجاری های جنین، تست های غربالگری شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین	۹
۱۵	بدون سقف	جبران هزینه های پاراکلینیکی گروه پنج شامل فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کاردرمانی (OT)، طب سوزنی، کایروپراکتیک، لیزرتراپی، پرتوان و کم توان (مگنت تراپی)	۱۰
۱۵	بدون سقف	جبران هزینه های ویزیت (طبق تعرفه های بخش خصوصی و داروهای ایرانی، خارجی، مکمل، تقویتی مشروط به تجویز پزشک متخصص و براساس فهرست دارویی کشور مازاد بر سهم بیمه گر پایه به استثنای مواردی که جنبه زیبایی دارد). هزینه دارو براساس تعرفه شرکت بیمه گر در زمان انعقاد قرارداد پرداخت می گردد.	۱۱
۱۵	۱۲/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طب با تجویز چشم پزشک	۱۲
۱۵	۳۵/۰۰۰/۰۰۰	جبران خدمات دندان پزشکی شامل کشیدن، ترمیم، درمان ریشه، جرم گیری و بروساژ، روکش و جراحی لثه (به استثنای جراحی زیبایی) برای هر نفر بیمه شده	۱۳
۱۵	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه خرید سمعک صرفا برای ۱۰۰۰ نفر به استثنای دانش آموزان که از محل بیمه دانش آموزی پیش بینی شده است (متمرکز با	۱۴

		معرفی نامه اداره کل رفاه و پشتیبانی وزارت آموزش و پرورش)	
۱۵	بدون سقف	هزینه تهیه اروتز (طبق تعرفه وزارت بهداشت (تامین اعضای طبیعی و مصنوعی ، ویلچر، واکرو عضا که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر	۱۵
۱۵	بدون سقف	هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی -درمانی طبق دستور پزشک معالج).داخل شهری و بین شهری)	۱۶

اطلاعات و شرایط اضافی بیمه های درمان تکمیلی:

- منظور از افراد تحت تکلف بیمه شده اصلی عبارتند از فرزندان ، همسر یا همسران دائمی بیمه شده اصلی و والدین تمامی کارکنان و همسر فرزندان کارکنان اناث.
- برای تحت پوشش قرار گرفتن والدین ، همسر و فرزندان کارکنان ذکور و اناث صرفاً داشتن دفترچه درمانی (از هر نوع) ملاک می باشد و در مورد والدین لزومی بر تحت پوشش بودن بیمه شده اصلی نیست و بیمه شده اصلی می تواند والدین خود را تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی قرار دهد (شرط سنی برای تحت پوشش قرار گرفتن وجود ندارد)
- مقرر گردید بیمه شدگانی که مبتلا به بیماری های خاص (بر اساس تعریف وزارت بهداشت ، هموفیلی ، تالاسمی ، دیالیزی) می باشند و همچنین بیماری های صعب العلاج شامل سرطان ، MS.EB ، بیماران پیوندی ، دیابت ، دوشن ، میوپاتیها ، اسکولیوز پیشرفته ، صرع مقاوم به درمان ، هپاتیت مقاوم به درمان ، سلیاک ، بیماری پروانه ای ، بیماری های متابولیکی ، بیماری های پیشرفته روماتیسمی (لویوس، آرتریت روماتوئید) بیماری های خود ایمنی ، نقص ایمنی مادر زادی می باشند داروی مرتبط با بیماری های مذکور ، در صورتیکه جزء فهرست مجاز دارویی کشور بوده باشد بدون کسر فرانشیز پرداخت گردد. در خصوص سایر بیماری های صعب العلاج احتمالی با پیشنهاد اداره کل رفاه و پشتیبانی بیمه گزار و تأیید کمیسیون پزشکی بیمه گر اقدام خواهد شد.
- هزینه بستری روانپریشی صرفاً در صورت تایید پزشک معتمد بیمه گر در سقف تعهد بستری قابل جبران می باشد (هزینه نگهداری و پانسیون در تعهد نمی باشد)

- در مورد خسارت درمانی نازائی محدودیتی در تعداد بیمه شدگان متقاضی بهره مندی از این پوشش وجود نداشته و نیازی به تأییدیه وزارت آموزش و پرورش جهت پرداخت خسارت درمانی مذکور نیست و پرداخت خسارت درمان مرتبط با تعهد نازائی با تأیید پزشک معتمد بیمه گر صورت خواهد پذیرفت.
- پایان پوشش دادن به بیمه شدگان باز نشسته از تاریخ صدور ابلاغ حکم بازنشستگی بلامانع بوده لذا اعمال آن در سیستم فناوران با ارائه مستندات با برگشت حق بیمه از تاریخ ابلاغ حکم بازنشستگی صورت خواهد پذیرفت لذا آن بیمه گزار محترم موظف به پرداخت حق بیمه ماه های قبل از تاریخ حکم بازنشستگی می باشد.
- قابل ذکر است در صورت تاخیر در اعلام ابلاغ بازنشستگی چنانچه بیمه شده بعد از تاریخ مذکور خسارت دریافت نموده باشد ملاک پایان پوشش از تاریخ آخرین خسارت دریافتی بوده بدین منظور آن بیمه گزار موظف به پرداخت حق بیمه تا تاریخ اعمال الحاقیه پایان پوشش خواهد بود.
- چنانچه بیمه شده ای پس از ابلاغ حکم بازنشستگی تمایل به استمرار پوشش درمان تکمیلی داشته باشد صرفاً با اعلام در خواست مکتوب اداره محل خدمت، آنهم با شرایط استمرار پوشش کلیه اعضای خانواده و پرداخت حق بیمه یکجا (به مدت : از تاریخ بازنشستگی تا پایان قرارداد) قابل انجام می باشد.

مدارک مورد نیاز جهت پرداخت خسارت های درمان:

- مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفی نامه آنلاین:
 - فرآیند کاری این سامانه به گونه ای برنامه ریزی شده که بیمه شده می تواند در تمام ساعات شبانه روز و ایام هفته در سرار کشور، کلیه مراحل اجرائی از تایید برگه ی بستری ، احراز هویت تا صدور معرفی نامه را به صورت آنلاین و فقط ظرف چند دقیقه با ارائه کارت ملی و گواهی پزشکی انجام داده و دیگر نیازی به مراجعه حضوری بیمه شده به شرکت بیمه گر نمی باشد.
- مدارک مورد نیاز جهت اخذ معرفی نامه بصورت مراجعه به شعب بیمه دانا:
 - کارت ملی
 - گواهی پزشک معالج مبنی بر ذکر نوع بیماری و تشخیص اولیه ، نام پزشکی موردنظر و تاریخ دقیق بستری
 - اصل شناسنامه فرزندان اناث بالای ۱۷ سال (کنترل عدم تأهل)

• بیمه شدگان قبل از بستری و انجام اعمال ذیل می بایست توسط پزشک معتمد بیمه گر معاینه گردند در غیر ای صورت بیمه گر تعهدی در جهت جبران خدمات ذیل نخواهد داشت.

۳-۱- جراحی های انحراف بینی (سپتوپلاستی)

۳-۲- رفع عیوب انکساری چشم مانند لازم ، لیزیک و PRK و.....

۳-۳- ماموپلاستی کاهنده

۳-۴- کلیه اعمال جراحی که جهت کاهش وزن مانند اسلیو ، بای پس انجام میگردد

۳-۵- بلفاروپلاستی یا افتادگی پلک

۳-۶- استرایسیم (انحراف چشم)

۳-۷- فتق (هرنی) شکمی

۳-۸- ارتودنسی

۳-۹- ژنیکوماستی

۴) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت صورت حساب بیمارستانی:

۴-۱- تصویر کارت ملی بیمار

۴-۲- اصل یا تصویر) با رعایت تبصره ۱ ذیل بند (۴-۱۰ صورت حساب های بیمارستانی ممهور به مهر بیمارستان که در آن هزینه تخت رزو) هتلینگ (،اتاق عمل ، همراه ، دارو ، آزمایش ، لوازم مصرفی و تشکیل پرونده درج گردیده است.

۴-۳- اصل یا تصویر صورت حساب پزشکان ممهور به مهر بیمارستان که در آن حق العمل جراح ، کمک جراح ، بیهوشی ، مشاوره و ویزیت درج گردیده است.

۴-۴- اصل یا تصویر گواهی پزشک معالج) در خصوص موارد جراحی الزاماً شرح عمل جراحی (

۴-۵- اصل یا تصویر گواهی سایر پزشکان معالج و مشاور.

۴-۶- اصل یا تصویر گواهی بیهوشی یا برگه بیهوشی اتاق عمل.

۴-۷- اصل یا تصویر ریز یا قبوض آزمایشات ، رادیولوژی.....

۴-۸- اصل یا تصویر نسخ داروئی ، ریز لوازم مصرفی ، فاکتور پروتزها) ممهور به مهر جراح ، اتاق عمل مبنی بر استفاده پروتز)

۹-۴- اصل یا تصویر برگه سیر بیماری و یا order دارویی جهت تعیین دقیق تعداد ویزیت.

۱۰-۴- در صورت انجام رادیوتراپی اصل یا تصویر صورت حساب مرکز ممهور به مهر پزشک معالج و به همراه کارت درمان که شامل تعداد جلسات انجام تراپی، تعداد فیلدهای درمانی و نوع فیلدها.

تبصره ۱: تصاویر برار اصل شده مدارک ذکر شده در بند ۴-۲ الی ۴-۱۰ قسمت الف صرفاً در موارد دریافت سهم سایر

سازمان های بیمه گر از جمله تصویر چک برابر اصل شده یا فیش واریزی آن سازمان معتبر می باشد. در غیر این صورت باید اصل مدارک دریافت گردد (در خصوص ریز دارو، آزمایش، گزارشها و ... دریافت تصویر بلامانع است).

تبصره ۲: اصل صورت حساب یا تصاویر آن می بایست بدون خدشه (لاک گرفتگی، خط خوردگی و ...) باشد و در صورت وجود اینگونه موارد می بایست توسط حسابداری بیمارستان یا مراکز انجام دهنده خدمات تصحیح و ممهور به مهر و امضا گردد.

۱۱-۴- ارائه گزارش ادیومتری بابت جراحی تمپانوماستوئیدکتومی با بازسازی زنجیره استخوانی گوش میانی

• ارائه گزارش CT SCAN بابت آندوسکوپی سینوسهای پارانازال.

۵) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه پاراکلینیکی و سرپائی

۱-۵- اصل قبض پرداختی

۲-۵- تصویر گزارش (Report) خدمات پاراکلینیکی و برگه درخواست پزشک معالج ممهور به مهر نظام پزشکی.

تبصره ۱: در خصوص هزینه های دارای کلیشه (مانند: سی تی اسکن، ام آر آی و ... رویت کلیشه و درج آن در قبض پرداختی توسط پزشک معتمد شعبه کفایت می کند).

تبصره ۲: در صورتی که بیمار از مراکز طرف قرارداد بیمه پایه استفاده نموده و سهم بیمه پایه نیز از کل صورت حساب کسر گردیده باشد مدارک درمانی پس از کسر هزینه های خارج از تعهد بدون کسر فرانشیز قابل بررسی و پرداخت می باشد.

۶) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه عینک

۶-۱- اصل فاکتور معتبر عینک فروشی

۶-۲- نسخه عینک که حاوی نمره و شماره چشم و ممهور به مهر متخصص چشم پزشک یا اپتومتریست باشد.

۶-۳- در موارد خاص حسب ضرورت معاینه بیمه شدگان در محل شعبه ارائه دهنده خدمات با هماهنگی بیمه گزار.

تبصره: پرینت تعیین نمره چشم بیمار توسط پزشک و اپتومتریست با قید مشخصات بیمار) تاریخ ، نام بیمار و مهر پزشک (مورد تأیید قرار گیرد

۷) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه دندانپزشکی:

۷-۱- اصل نسخه دندانپزشک ممهور به مهر دندانپزشک و خدمات انجام شده به تفکیک به همراه شماره دندان

۷-۲- الصاق مدارک و گرافی های مورد نیازو یا در صورت نیاز به تأیید و یا معاینه توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر بابت خدمات به شرح ذیل:

ارتودنسی: ارائه رادیوگرافی های پانورکس ولترال سفالومتری ، فوتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت و ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسپاندن براکت ها و تحویل پلاک

ایمپلنت: ارائه رادیوگرافی پانورکسی قبل و رادیوگرافی بعد از درمان

فضا نگهدارنده اطفال: معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان

روکش استیل: معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان

پست ریختگی: ارائه رادیوگرافی بعد از درمان

روکش: برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان

نایت گارد: ارائه فوتوگرافی پس از درمان

پروتزها و پارسیل ها:

- مراکز طرف قرارداد : معاینه بیمار قبل از قبل درمان و معاینه یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان
- خسارت متفرقه : معاینه بیمار پس از درمان

درمان ریشه : رادیو گرافی قبل و بعد از خدمت

ترمیم : جهت ترمیم ۵ یا بیش از ۵ دندان ارسال پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد

جراحی های لثه : گرافی قبل از درمان

جراحی نهفته در نسخ نرم و سخت : ارسال رادیو گرافی قبل از درمان

(۸مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه ویزیت:

۸-۱) با توجه به راه اندازی ثبت نسخ الکترونیک در صورت درج مبلغ ویزیت در سر نسخه پزشک ممهور به مهر پزشک و با قید تاریخ و نام بیمار کد ملی بیمار الزامی است.

۸-۲) در صورت استفاده از دفترچه بیمه گر پایه در درج مبلغ ویزیت در دفترچه و تأیید و امضای پزشک معالج الزامی است.

۹) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه های فیزیوتراپی:

۹-۱- فاکتور هزینه پرداختی طبق جلسات فیزیوتراپی

۹-۲- دستور پزشک متخصص معالج ذیربط با ذکر تعداد جلسات و ناحیه مورد فیزیوتراپی

۹-۳- تأییدیه انجام تعداد جلسات فیزیوتراپی توسط فیزیوتراپیست

تبصره: پرداخت هزینه فیزیوتراپی برای هر ناحیه تا ۱۰ جلسه قابل پرداخت می باشد). پرداخت هزینه فیزیوتراپی بیش از ۱۰ جلسه و یک ناحیه به بالا می بایست با ارائه مدارک مثبت پس از تأیید پزشک معتمد شرکت بیمه دانا مورد محاسبه و در وجه بیمه شده پرداخت گردد).

۱۰) مستندات لازم جهت بررسی و پرداخت اسناد جراحی های مجاز سرپائی:

۱-۱۰-۱- ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر اندازه ، محل ضایعه و کپی جواب پاتولوژی بابت اکسیزیون لیپوم.

۲-۱۰-۲- ارائه گواهی پزشک معالج بابت اندازه ، میزان و یا عمق پارگی ، محل آناتومیکی دقیق بخیه و یا تعداد بخیه های انجام شده.

۳-۱۰-۳- در خصوص شکستگی و گچ گیری، ارائه گواهی پزشک معالج با قید نوع شکستگی ، محل شکستگی ، نوع گچ گیری یه همراه گرافی مربوطه در ضمن هزینه وسایل مصرفی گچ ، ویبریل و باند بر اساس فاکتور خرید معتبر قابل پرداخت می باشد.

۴-۱۰-۴- در خصوص کرایو و لیزر نیز ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر قید تعداد ضایعه و محل آنها و نوع آنها مواردی که جنبه زیبایی دارد در تعهد نمی باشد و در مورد لیزر چشم گواهی پزشک معالج و کپی گزارش الزامی می باشد.

۵-۱۰-۵- در خصوص تخلیه کیست یا دورناژ گواهی پزشک معالج با قید اندازه ، محل آناتومیک الزام بوده و در صورت ارسال به پاتولوژی جواب نیز ارائه گردد.

۱۱) مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه سمعک:

۱-۱۱-۱- دستور پزشک متخصص (ENT گوش ، حلق و بینی)

۲-۱۱-۲- نوار گوش و ادیومتری (ارائه شنوایی سنجی با کاهش حداقل ۳۰ دسی بل در شنوایی ضروری است)

۳-۱۱-۳- فاکتور معتبر جهت هزینه سمعک بر اساس دستورالعمل الزامات عمومی فاکتور و پیش فاکتور تجهیزات پزشکی ، اداره کلی تجهیزات پزشکی می باشد.

۴-۱۱-۴- الزام ارائه فیزیک سمعک به همراه کارت گارانتی به کارشناس بیمه و مطابقت مدل مندرج روی سمعک با مدل سمعک مندرج در فاکتور.

۱۲ مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت اسناد دارویی:

نسخه پزشک (در صورتی که دارو آزاد باشد و در دفترچه نوشته شده باشد ارائه برگه سبز دفترچه ممهور به مهر پزشک دارای تاریخ و مهر داروخانه به همراه پرینت ریز دارو که در آن دارو و قیمت به تفکیک قید گردیده ، الزامی است در صورت استفاده از دفترچه و اخذ سهم بیمه پایه برگه دوم دفترچه حاوی اطلاعات قیمت دارویی به تفکیک هر قلم و مهر داروخانه الزامی است.)

در صورتیکه در سر نسخه پزشک دارو تجویز گردیده است نسخه می بایست دارای اطلاعات کامل بیمار ، تاریخ ، مهر پزشک و مهر داروخانه که قیمت دارو در آن به تفکیک قید گردیده و یا پرینت دارو ممهور به مهر داروخانه باشد.

تبصره: با توجه به حذف دفترچه بیمه پایه ارائه سر نسخه دارای کد ملی و فاکتور پرداخت هزینه الزام می باشد.