

اطلاعات مورد نیاز پزشکان طرف قرارداد

ضوابط لازم الاجرا توسط پزشکان طرف قرارداد:

۱- کلیه آیین نامه ها ، تعرفه ها و بخشنامه های وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی در خصوص مطبها لازم الاجراء میباشد .

۲- قبل از نسخه نویسی کنترل موارد ذیل توسط پزشک الزامیست :

الف) کنترل تاریخ اعتبار دفاتر بیمه شدگان سازمان در زمان ویزیت (بابت نسخ فاقد اعتبار از سوی سازمان پرداختی صورت نخواهد گرفت)

ب) تطبیق مشخصات مراجعه کننده و دفترچه بیمه با یکدیگر

۳- هر گونه اصلاح تاریخ در زمان نوشتن نسخه می بایست در ظهر نسخه مخصوص پزشک نیز قید گردیده و مهر و امضاء گردد .

نکته: در صورت عدم وضوح اطلاعات مندرج در نسخ اعم از(نام و نام خانوادگی- کد بیمه شده - تاریخ اعتبار و ...) الصاق کپی صفحه اول دفترچه بیمار به نسخه ارسالی الزامی است و موسسه مجاز به اصلاح موارد یاد شده بصورت دستی در نسخه نمی باشد.

۴- خدمات سرپائی نوزادان در صورت درخواست از طریق دفترچه مادر تا یکماه قابل پرداخت میباشد . «کپی ولادت ضمیمه باشد»

۵- پس از نوشتن نسخه ، حتماً برگ مخصوص بیمار که به عنوان سابقه پزشکی در دفترچه بیماران باقی می ماند را مهر و امضاء فرمایند .

۶- مشاهده هر گونه برگ سفید دفترچه (نوشته نشده) و یا دفاتر بیمه (بدون حضور صاحب دفترچه) در محل مطب از نظر سازمان بیمه خدمات درمانی غیر قانونی است .

۷- تجویز دارو و درخواست پاراکلینیک و انجام خدمات درمانی بدون داشتن ضرورت پزشکی به شرح ذیل مغایر با ضوابط سازمان میباشد لذا رعایت موارد ذیل ضروری است .

الف) صرفاً بنا به درخواست هر بیمار باشد .

ب) خارج از اصول صحیح علمی و استانداردهای موجود

ج) منجر به خسارت مالی برای بیمار و سازمان گردد .

د) منجر به خسارت جانی برای بیمه شده گردد .

۸- در مورد نسخی که جمله (ویزیت شد) در روی آن نوشته میشود برگ اول و دوم نسخه تواتماً

ارسال گردد .

۹- تغییر محل مطب و یا در صورت تعیین جانشین در مدت کوتاه و موقت به سازمان بیمه خدمات درمانی اطلاع داده شود در ضمن این نکته باید مدنظر قرار گیرد که پزشک جانشین به هیچ عنوان حق استفاده از مهر یا سر نسخه های صاحب مطب را ندارد .

۱۰- ذکر نام مرکزی خاص و ارجاع بیمار برای دریافت دارو یا پاراکلینیک مغایر با ضوابط سازمان بوده و در صورت احراز خسارت وارده بعهدہ پزشک میباشد .

۱۱- رعایت محدوده مجاز میانگین اقلام دارویی

۱۲- موارد تعدیل عبارتند از :

- نسخ فاقد اعتبار

تبصره : کلیه دفاتر که در آنها اعتبار درج نگردیده یا فاقد اعتبار هستند

- اشکالات مربوط به تاریخ

نسخ تاریخ مخدوش (نسخی هستند که تاریخ آنها بدون مهر و امضاء پزشک تغییر داده شده باشند)

نسخ بدون تاریخ

نسخ تاریخ گذشته (نسخی که مربوط به ماههای گذشته باشند)

نسخ تاریخ آینده (نسخی که مربوط به ماههای آینده باشند)

نسخی که تاریخ آنها به پیش از عقد قرارداد و یا زمان تعلیق همکاری مربوط باشد .

- نسخی که بخشهای مهمی از اطلاعات آنها کنده شده باشد مثل حذف نام بیمار ، کد دفترچه ، تاریخ ، تاریخ اعتبار و مهر یا امضاء پزشک معالج و نسخی که بخشی از اطلاعات آن توسط پزشک تصحیح گردد جزء تعدیلات محسوب میگردد .

- نسخ (کاربنی ، لاک گیری ، خودکار و) جزء تعدیلات قرار میگیرد .

- مغایرت امضاء و دستخط پزشک با نمونه اخذ شده هنگام عقد قرارداد

- نسخی که در برگی به غیر از برگ دوم (برگ اول و سوم که به داروخانه - پاراکلینیک و بیمار مربوط است) نوشته شده باشند .

- نسخ مربوط به خدمات انجام شده در مطب که در قرارداد منعقد شده با پزشک اشاره ای به آنها نشده باشد و یا بطور کلی در تعهد سازمان بیمه خدمات درمانی نبوده و یا با ضوابط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی مغایر باشد.

- انضمام گزارش خدمت در خصوص آندوسکوپی- الکترومیوگرافی - دانستیمتری ، اکو ، تست ورزش ، اسپیرومتری و مواردی که طی بخشنامه پزشک ملزم به ارسال تصویرگزارش گردیده است در صورت عدم ارسال گزارش جزء تعدیلات محسوب میشود .

- نسخی که مربوط به خدمات انجام شده در مطب باشد و بصورت دو برگی ارسال نشده باشند (تنها برگ اول و یا دوم ارسال شده باشد) کلاً تعدیل میگردد و در مواردیکه در ظهر نسخه نیاز به آدرس ، تلفن تماس و امضاء بیمار دارد چنانچه قید نشده باشد مشمول تعدیل قرار میگیرد .

- نسخ بدون مهر و امضاء

- نسخی (برگ مخصوص پزشک) که تاریخ و امضاء آنها مستقیماً با خودکار نوشته شده و یا ممهور به مهر تاریخ شده باشد .

تبصره : نسخی که تحت عنوان درمانگاه ارسال میگردند میبایست دارای مهرپزشک ومهردرمانگاه باشند درغیر اینصورت جزء تعدیلات قرارمیگیرد.

- نسخی که خارج از مطب تجویز شده مانند نسخی که ممه‌ور به مهر مراکز درمانی (بیمارستانی ، درمانگاهی) و ویزیت در منزل و غیره باشند و از طریق مطب ارسال گردند .

- نسخ تکراری بیمار طی یک روز (ویزیت دوم و یا بعد از آن جزو تعدیلات هستند)

- نسخ مربوط به سایر سازمانهای بیمه گر

در صورتیکه مبلغ ، خدمات درخواست نشده باشد قابل پرداخت نمیباشد .

توضیح : در خصوص نسخ ویزیت درج قیمت ضروری نمیباشد .

- نسخ سفید

- نسخ مربوط به گواهی استعلاجی ، گواهی فوت

- نسخه مربوط به خود پزشک

- نسخه دو برگی بیمه شدگان روستایی که توسط پزشک عمومی و دندانپزشک نوشته شده است .

- نسخه ویزیت مربوط به نوزاد که در دفترچه مادر نوشته است .

- نسخ مربوط به چکاپ یا معاینات ادواری یا تحقیقاتی در صورت احراز

- نسخ مربوط به ویزیت شد (بدون نیاز به دارو و پاراکلینیک) بصورت تک برگی ارسال شده باشد .

- تفاوت در مندرجات نسخ مخصوص پزشک با نسخ مخصوص داروخانه و پاراکلینیک

- خدماتی که ارزش آنها بر اساس K جراحی محاسبه می گردد، چنانچه حق الزحمه خدمت از دو برابر تعرفه ویزیت «سهام سازمان» بالاتر باشد ویزیت همزمان قابل محاسبه نخواهد بود .

- خدماتی که ملاک محاسبه ارزش آنها K داخلی باشد، علاوه بر تعرفه خدمت، پرداخت یک ویزیت همراه بلامانع خواهد بود.

۱۳- نسخ مربوط به ویزیتهای انجام شده هر ماه حداکثر تا پانزدهم ماه بعد قابل پذیرش است . چنانچه نسخی بعد از روز

پانزدهم تحویل شود با نسخ ماه آینده مورد بررسی قرار خواهد گرفت و در صورتیکه بیش از سه ماه متوالی نسخ تحویل نگردد

قرارداد بصورت تعلیق درخواستی خواهد آمد . مهلت پذیرفتن نسخه‌های هر سال مراکز درمانی حداکثر تا ۱۵ اردیبهشت ماه سال بعد خواهد بود .

۱۳- پزشک طرف قرارداد مکلف است نسخه ماهانه خود را بر اساس صندوقهای بیمه ای موجود و تاریخ ویزیت ، تفکیک ، لیست و شماره گذاری جهت پذیرش هر ماهه ارائه نمایند .

۱۴- پزشکان (عمومی و متخصص) زمانی میتوانند نسخه مربوط به اعمال خدمات تشخیصی و درمانی انجام شده در مطب را ارسال نمایند که انجام اعمال فوق الذکر در متن قرارداد آنها (با سازمان) ذکر شده باشد .

۱۵- پزشکان باید هر ماه نسخه دو برگی مربوط به اعمال تشخیصی و درمانی (خدمات) انجام شده در مطب را بر حسب صندوق مربوطه و تاریخ ویزیت لیست کرده به همراه نسخه ویزیت به واحد پذیرش اسناد پزشکی تحویل دهند .

۱۶- در کلیه نسخه مربوط به خدمات انجام شده لازم است فرانشیز ، سهم سازمان و جمع کل بر اساس نوع و ارزش ریالی خدمت ثبت گردد .

تبصره : در لیست ارسالی فقط سهم سازمان درج گردد.

۱۷- لازم است ، که پزشکان طرف قرارداد هر گونه تغییر در آدرس مطب ، ساعت کار و یا تعطیلی موقت (بمدت بیش از سه ماه) را برای جلوگیری از تعلیق قرارداد خود و یا تعدیلات احتمالی بصورت کتبی به اداره کل بیمه خدمات درمانی استان اعلام نمایند .

۱۸- عدم اعلام کتبی قبلی در مورد تعطیلی موقت مطب و یا عدم ارسال نسخه بیش از سه ماه متوالی میتواند قرارداد همکاری با سازمان را بحالت تعلیق درآورد .

۱۹- پزشک طرف قرارداد میتواند حداکثر ظرف مدت پانزده روز پس از دریافت برگ صورتحساب خود به نتیجه آن اعتراض نماید .

۲۰- کلیه نسخه مربوط به خدمات بالای K۳ جراحی باید دارای آدرس و تلفن و امضاء بیمار باشد .

۲۱- پزشکان عمومی صرفاً مجاز به انجام خدماتی میباشد که در ردیفهای ستاره دار قرار گرفته اند. (لیست خدمات قابل انجام در مطب از طبقه سوم دریافت شود).

۲۲- پزشکان متخصص بر اساس تقسیم بندی در ذیل عناوین سرفصلهای مربوطه مجاز به ارائه خدمات بر اساس ردیفهای تعیین شده میباشند .

۲۳- نوشتن خدمت و درج کد خدمت در دفترچه بیمار الزامیست و در صورت عدم درج آن نسخه مربوطه غیر قابل رسیدگی میباشد .

۲۴- در صورت تداخل صندوقها تا میزان ۳٪ کل نسخ مشمول تعدیلات میباشد .

۲۵- در مورد کلیه خدمات ، در صورت ثبت اضافه قیمت ، مبلغ اضافه قیمت از مبلغ سهم سازمان کسر میشود .

۲۶- فعالیت پزشکان در مطبها و دیگر مراکز خصوصی واقع در شهرها و مناطق خارج از شهر و منطقه مندرج در پروانه مطب ایشان، فاقد وجاهت قانونی بوده، پذیرش اسناد نامبردگان در چنین مناطقی مقذور نمی باشد

۲۷- فعالیت پزشکان در موسسات دولتی و نیمه دولتی(عمومی و غیر دولتی) به شرط اخذ مجوز فعالیت از معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه بلامانع بوده در این شرایط نیازی به رعایت محدوده جغرافیایی مذکور در پروانه مطب جهت همکاری با سازمان وجود ندارد بدیهی است در این حالت پذیرش اسناد پزشکان از طریق موسسه انجام میگردد

نحوه ارسال نسخ سنجش تراکم استخوان

۱-نسخ تجویز شده توسط کلیه فوق تخصصهای رشته های پزشکی و متخصصین زنان،داخلی ، ارتوپدی ، نیاز به تایید در اداره کل را ندارد

۲-نسخ سایر متخصصین رشته های پزشکی بالینی برای بیماران خاص و خانمهای بالای ۵۵ سال و آقایان بالای ۶۵ سال نیاز به تایید در اداره ندارد

۳-نسخ سایر پزشکان و موارد غیر از بندهای ۱و۲ تنها با تایید اداره کل قابل پذیرش می باشد

۴-در صورت انجام دانسیتو متری در مطب، تا ۱۵٪نسخ این پزشکان می تواند مربوط به انجام دانسیتومتري باشد بدیهی است در صورت انعقاد قرارداد باپزشکانی که درمطب اقدام به انجام دانسیتومتري می نمایند پذیرش نسخ ارجاعی از سایر پزشکان در مطب بلامانع می باشد

موارد مربوط به فیزیوتراپی:

آخرین دستورالعمل و ضوابط رسیدگی به اسناد فیزیوتراپی که از تاریخ ۱۰/۱/۸۸ لازم الاجرا می باشد

- ۱- اخذ آدرس و تلفن بیمار در ظهر اوراق الزامیست و بیماران باید شخصاً در ازای هر جلسه فیزیوتراپی پشت نسخه را امضاء و تاریخ آنها را قید نمایند .
- ۲- تاریخ شروع جلسات فیزیوتراپی حداکثر ۱۰ روز پس از تجویز پزشک و مدت زمان انجام جلسات فیزیوتراپی نبایستی بیش از ۳ برابر تعداد جلسات انجام شده بدون احتساب روزهای تعطیل باشد.
- ۳- ملاک زمان ارسال نسخ آخرین جلسه مراجعه بیمه شده می باشد .
- ۴- در صورت عدم درج تعداد جلسات تنها یک جلسه فیزیوتراپی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ۵- فیزیوتراپیست حق دخل و تصرف در نسخه پزشک معالج را ندارند .
- ۶- خدمات انجام شده باید به تفکیک قیمت گذاری گردد و با امکانات موجود در موسسه مطابقت داشته باشد.
- ۷- حداکثر اعضاء قابل پرداخت برای نسخ فیزیوتراپی دو عضو می باشد .
- ۸- حداکثر تعداد جلسات قابل پرداخت برای یک یا دو عضو ۱۰ جلسه می باشد و مجموعاً ۲۰ جلسه می باشد
- ۹- نسخ ارسالی می بایستی طبق لیست ارسالی شماره گذاری شود .
- ۱۰- فیزیوتراپی در منزل و فیزیوتراپی به منظور زیبایی در تعهد سازمان نمی باشد .
- ۱۱- تنظیم صورتحسابها بر اساس اسامی بیماران ، به تفکیک صندوقهای کارکنان دولت ، خویش فرما ، سایر اقسام خواهد بود و تداخل صندوقها مشمول تعدیلات خواهد شد .
- ۱۲- در صورت عدم تجویز نوع خدمت فیزیوتراپی حداقل تعرفه (یک عمل و یک روش) قابل پرداخت می باشد .
(معادل ۹K)
- ۱۳- در صورتیکه درخواست پزشک به صورت کلی قید گردد بعنوان مثال اندام فوقانی فیزیوتراپی یک ناحیه قابل محاسبه است و در صورتیکه درخواست پزشک جهت دو ناحیه در یک اندام و به همراه تشخیص و انجام دو PLAN درمانی مجزا باشد فیزیوتراپی برای دو ناحیه قابل محاسبه و پرداخت می باشد .
- ۱۴- در خصوص دردهای رادیکولر تنها یک ناحیه قابل محاسبه و پرداخت می باشد .
- ۱۵- فیزیوتراپی در مطب به شکل « همکاری با پزشک » نمی تواند از پزشکان دیگر نسخه بپذیرد.
تبصره: نسخه فیزیوتراپی ارائه شده باید به صورت دو برگگی "برگ اول و دوم دفترچه" ارسال گردد.
- ۱۶- پزشک طرف قرارداد می بایست در نسخ تجویزی تشخیص بیماری را ذکر نماید.
- ۱۷- حداکثر جلسات قابل پرداخت در روز یکبار می باشد.
- ۱۸- کلیه اعمال و روشهای فاقد تعرفه مشخص (مانند لیزرتراپی - ROM-IF) تا زمان تعیین تعرفه از طرف شورایعالی بیمه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد .

- ۱۹- اعمال کاردرمانی در قالب خدمات فیزیوتراپی قابل محاسبه نمی باشد.
- ۲۰- در خصوص بیماران CP و کوادری پلژی حداکثر اعضای قابل پرداخت دو عضو می باشد .
- ۲۱- برای یک ناحیه از بدن فقط یکی از درمانهای حرارتی سطحی مثل IR یا HOT PACK یا COLD PACK یا حمام پارافین قابل محاسبه و پرداخت می باشد .
- ۲۲- نسخ فیزیوتراپی بیمه شدگان تحت پوشش سازمان بهزیستی که در مرکز توانبخشی وابسته به آن سازمان صورت گرفته اند قابل پذیرش و محاسبه نمی باشد.
- ۲۳- درمان مطابق با یک روش بر اساس کتاب تعرفه خدمات تشخیصی - درمانی از کد ۱۰-۹۷۰ الی ۲۸-۹۷۰ فقط ۴ واحد و بیش از یک روش (۵۰-۹۷۰) فقط ۵ واحد تعلق می گیرد.
- ۲۴- درمان مطابق با یک عمل فیزیوتراپی براساس کتاب تعرفه تشخیصی و درمانی از کد ۱۰-۹۷۰ الی ۲۹-۹۷۱ معادل ۵ واحد فیزیوتراپی تعلق می گیرد.
- ۲۵- TENS برابر کد ۱۴-۹۷۰ یعنی تحریک کننده بدون کمک و نظارت برابر 4K محاسبه و جزء روش ها محسوب خواهد شد.
- ۲۶- ماکزیمم K پرداختی برای یک عضو در هر جلسه برابر ۱۵K فیزیوتراپی میباشد .
- ۲۷- در صورت درج یکی از تشخیصهای زیر توسط پزشک معالج تا ۲۰ واحد فیزیوتراپی قابل بررسی است: فلج مغزی- CVA - ضایعات نخاعی - MS- پارکینسون- POST up جراحی اندام ها، ستون فقرات و عوارض Long term بیماری ها و جراحی ها تبصره: Long term complication شامل عوارض اعمال جراحی ماژور و یا اعمال مفاصل بزرگ از قبیل زانو- ران و دست می باشد.
- مثال:** به منظور یکنواختی و تسهیل در بررسی نسخ نحوه نگارش و محاسبه کدها به منظور نمونه در ذیل ارائه می گردد که بایستی در ظاهر نسخ درج شود بیماری با DJD هر دو زانو که به مدت ۱۰ جلسه تحت درمان فیزیوتراپی به شرح ذیل قرار گرفته است.

U.S-EXE-IR-TENS نحوه محاسبه به صورت ذیل می باشد:

$$\text{واحد} = 15 = (5+5) + (U.S-EXC) + (IR+TENS)$$

(۱) تعداد جلسات ۱۰ جلسه

(۲) تعداد عضو: ۲ عضو

(۳) هزینه کل: هزینه کل = تعداد اعضا × هزینه هر واحد × تعداد جلسات × تعداد واحد

$$۱۵ \times ۱۰ \times ۲۲۰۰ \times ۲ = ۶۶۰۰۰۰$$

(۴) سهم بیمار: ۱۹۸۰۰۰

(۵) سهم سازمان: ۴۶۲۰۰۰

موارد مغایر با ضوابط سازمان مربوط به مطب:

- ۱- عدم پذیرش یا هر گونه محدودیت در پذیرش و ارائه خدمات به بیمه شدگان دارای دفترچه
- ۲- عدم رعایت تعرفه های مصوب
- الف) اضافه درخواستی در سازمان
- ب) اضافه درخواستی بیمه شده
- ۳- ارسال نسخ مربوط به ویزیت بیمه شدگان خارج از محل تعیین شده در زمان انعقاد قرارداد
- ۴- هدایت بیمار به سمت مراکز دیگر بدون رسیدگی اولیه و نیز صرفاً به منظور سودجویی
- ۵- تجویز دارو و درخواست پاراکلینیک و انجام خدمات درمانی بدون داشتن ضرورت پزشکی به شرح زیر:
 - الف) صرفاً بنا به درخواست بیمار باشد.
 - ب) خارج از اصول صحیح علمی و استانداردهای موجود
 - ج) منجر به خسارت مالی برای بیمار و سازمان گردد.
 - د) منجر به خسارت جانی برای بیمه شده گردد.
- ۶- استفاده از پرسنل درمانی فاقد صلاحیت کار در موسسه مربوطه
- ۷- هر گونه سوء استفاده از دفترچه بیماران توسط (پزشک و بیمار)
- الف) پذیرش از دفترچه بیمه شده غیر و غیر معتبر
 - ب) دستکاری در تاریخ اعتبار دفترچه
 - ج) جدا نمودن بیش از یک نسخه در یک ویزیت
 - د) وجود نسخ سفید در محدوده موسسه
 - ه) عدم درج تاریخ آینده در موارد پاراکلینیک
 - و) جدا نمودن نسخ قبل از انعقاد قرارداد
- ۸- استفاده از عناوین علمی و یا تخصصی غیر واقعی

- ۹- عدم رعایت مفاد قرارداد فیما بین و آئین نامه ها و دستورالعملها سازمان و وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
- ۱۰- تفاوت در مندرجات نسخ مخصوص پزشک با نسخ مخصوص داروخانه و پاراکلینیک
- ۱۱- عدم درج عنوان همکاری با بیمه خدمات درمانی بر روی تابلو یا مکان مناسب
- ۱۲- عدم وجود شرایط لازم بهداشتی و امکانات درمانی لازم مورد تائید وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
- ۱۳- عدم نصب پروانه مطب در معرض دید
- ۱۴- عدم ثبت اسامی بیماران به صورت مکانیزه و یا دستی
- ۱۵- عدم اطلاع به موقع هر گونه تغییر و جابجایی مطب ، تغییر شیفت کاری ، تعطیلی موقت مطب (به صورت کتبی)

نسخ بیمه شدگان روستایی:

- طبق راهنمای قوانین و مقررات سطوح ارجاع و موسسات طرف قرارداد بیمه درمان روستائیان و عشایر (آخرین ویرایش موجود در سایت)