**راهنمای مراجعه و دریافت خدمات دندان پزشکی**

1. **تعاریف**

**تعرفه های خدمات دندان پزشکی:**

بهای خدمات دندان پزشکی تحت پوشش این قرارداد که هر ساله از سوی مراجع رسمی کشور (سندیکای بیمه گران تکمیلی) اعلام می گردد و در کلیه مراکز طرف قرارداد ملاک عمل می باشد.

**فرانشیز :**

قسمتی از هزینه های دندان پزشکی است که پس از ارایه خدمات باید توسط بیمار پرداخت شود.

**معرفی نامه :**

گواهی است که از سوی آسپا بصورت الکترونیکی، صرفاً به منظور معرفی بیمار به مراکز دندان پزشکی طرف قرارداد صادر می شود. برای مراجعه به مراکز غیرطرف قرارداد نیازی به دریافت معرفی نامه نیست.

**مراکز دندان پزشکی :**

به مطب ها و درمانگاه های دندان پزشکی دارای پروانه فعالیت رسمی فعالیت صادر شده از سوی مراجع ذیصلاح (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی – دانشگاه علوم پزشکی استان و یا سازمان نظام پزشکی) گفته می شود. **مراکز طرف قرارداد با آسپا :**

به مراکز دندان پزشکی گفته می شود که به منظور ارایه سرویس به معرفی شدگان، آسپا با آنها اقدام به عقد قرارداد کرده است و معرفی شدگان می توانند پس از اخذ معرفی نامه، برای دریافت خدمات مورد نیاز خود به آنها مراجعه نمایند. اسامی این مراکز از طریق وب سایت شرکت ارتقاء سلامت پاسارگاد و یا نمایندگان رفاهی هر مجموعه قابل دسترسی می باشد. در این مراکز تمامی خدمات طبق تعرفه های مصوب کشور محاسبه می شود و بیماران صرفا فرانشیز خدمات را پرداخت می کنند.  
**مراکز غیرطرف قرارداد :**

به مرکزی گفته می شود که در زمره مراکز دندان پزشکی طرف قرارداد با شرکت ارتقاء سلامت پاسارگاد نبوده و افراد بنا به تشخیص خود از خدمات آنها برای درمان مشکلات دهان و دندان استفاده می کنند. در این مراکز کلیه هزینه ها از بیماران نقداً دریافت می گردد. همچنین ممکن است تعرفه خدمات ارایه شده در بعضی از این مراکز مغایر با تعرفه های مصوب رسمی کشور باشد.

1. **نحوه مراجعه و بهره مندی از خدمات دندان پزشکی :**

**الف)** مراجعه به مراکز دندان پزشکی طرف قرارداد

**ب)** مراجعه به مراکز دندان پزشکی غیر طرف قرارداد

به طور کلی توصیه ما مراجعه به مراکز دندان پزشکی طرف قرارداد است، زیرا در این صورت از مزایای زیر بهره مند خواهید شد:

1. سطح کیفی خدمات از طریق آسپا قابل ارزیابی و نظارت است.
2. تعرفه های مصوب رعایت شده و وجوه اضافه تحت هیچ عنوان دریافت نخواهد شد.
3. معرفی شده فقط سهم خود از تعرفه (فرانشیز) را پرداخت خواهد نمود.
4. خدات تخصصی دندان پزشکی صرفاً توسط افراد و مراکز منتخب دارای صلاحیت ارایه می شود.
5. ضرورت ارایه صورت حساب و طی تشریفات اداری برای دریافت هزینه های پرداخت شده به مراکز طرف قرارداد مرتفع می گردد.
6. امکان پیگیری و دسترسی پرونده سلامت دهان و دندان کلیه افراد فراهم می شود.

**نحوه مراجعه و دریافت خدمات در مراکز دندان پزشکی طرف قرارداد (پیوست شماره 1):**  
الف) در این روش لازم است ابتدا مرکز دندان پزشکی مورد نظر خود را از طریق درگاه اینترنتی ارتقاء سلامت پاسارگاد (قسمت مراکز همکار -آسپا) به نشانی www.phpco.ir انتخاب نمایید.  
ب ) در مرحله بعدی لازم است برگ **"درخواست صدور معرفی نامه جهت مراجعه به مراکز دندان پزشکی طرف قرارداد"** را تکمیل و آنرا پس از تأیید توسط فرد مسئول در قسمت خود، از طریق نمابر به شماره 88565091-021ارسال فرمایید.  
ج ) به محض دریافت برگ فوق، معرفی نامه شما به صورت پیامک به مرکز دندان پزشکی منتخب تان ارسال خواهد شد و پیامکی نیز برای شما ارسال می­گردد. چنانچه قبلاً پیامک­های تبلیغاتی به تلفن همراهتان را مسدود کرده باشید، ممکن است این پیامک را دریافت نکنید.   
د) از طرف مرکز دندان پزشکی منتخب، برای هماهنگی زمان مراجعه و ویزیت اولیه با شما تماس گرفته خواهد شد. اگر ظرف مدت 24 ساعت پس از ارسال برگ درخواست صدور معرفی نامه، از طرف مرکز دندان پزشکی تماسی با شما حاصل نشد، لطفاً برای پیگیری با تلفن همان مرکز و یا شماره تلفن 88563179-021(آسپا) تماس حاصل فرمایید.

توجه داشته باشید در صورت نیاز فوری به خدمات دندان پزشکی به منظور تسکین دردهای دندانی، می توانید بدون معرفی نامه به هریک از مراکز دندان پزشکی طرف قرارداد مراجعه کرده و پس از انجام اقدامات اولیه، مراحل بالا برای صدور معرفی نامه را طی کنید.

**نحوه ارسال صورت حساب خدمات دندان پزشکی دریافت شده در مراکز غیرطرف قرارداد (پیوست شماره 2):**  
همانطور که گفته شد، می توانید خدمات دندان پزشکی مورد نیاز خود را از طریق مراکز غیرطرف قرارداد نیز دریافت کنید، هر چند همیشه **توصیه ما مراجعه به مراکز طرف قرارداد است**. در این صورت برای دریافت هزینه های پرداخت شده طی مراحل زیر لازم است:  
الف) صورتحساب خدمات انجام شده توسط دندان پزشک غیرطرف قرارداد باید در سربرگ معتبر مرکز (و یا برگ سبز دفترچه بیمه پایه) که دارای تاریخ معتبر و ممهور به مهر نظام پزشکی باشد، تهیه فرمایید.  
ب) پس از تکمیل برگ استفاده از خدمات دندان پزشکی (ویژه مراکز غیر طرف قرارداد) و تأیید آن توسط فرد مسئول در قسمت خود، آن را همراه با صورت حساب و سایر مدارک لازم (از قبیل عکس های رادیولوژی)، از طریق یا نماینده واحد رفاهی خود، به آدرس دفتر مرکزی شرکت خدمات تجارت ارسال فرمایید تا در اختیار نماینده شرکت ارتقاء سلامت پاسارگاد مستقر در دفتر مرکزی، قرار گیرد.  
ج) در بعضی از موارد لازم است، کیفیت خدمات دندان پزشکی به تأیید دندان پزشک معتمد آسپا برسد، به همین لحاظ ممکن است برای شما زمانی جهت مراجعه به یکی از مراکز دندان پزشکی همکار تعیین گردد که مراتب بصورت تلفنی به اطلاع شما رسانده خواهد شد.

توجه داشته باشید، هزینه خدمات دریافت شده در مراکز غیر طرف قرارداد، براساس تعرفه های مصوب هیئت محترم وزیران و سندیکای بیمه محاسبه می­شود.

برگ استفاده از خدمات دندان­پزشکی

پیوست شماره 1

ویژه استفاده از خدمات مراکز طرف قرارداد (معرفی نامه)

|  |
| --- |
| اطلاعات هویتی:  **مشخصات بیمار**  نام: ............................ نام خانوادگی: ................................. نسبت با معرفی شده اصلی: ............................................ کد ملی:...................................  تلفن همراه: ......................................... تلفن ثابت: .......................................  **لطفا امکان دریافت پیامک تبلیغاتی شماره همراه اعلام شده را فراهم سازید.(مشترکین همراه اول می­توانند جهت دریافت پیامک تبلیغاتی عدد2 را به سامانه 8999 ارسال نمایند.)**  **مشخصات معرفی شده اصلی**  نام: ................................ نام خانوادگی: ............................................ تلفن همراه: ........................... کدملی:............................................  برای آگاهی از لیست مراکز طرف قرارداد آسپا به آدرس http://www.phpco.ir/?p=CooperatorCenters&id=24 مراجعه نمایید. |
| * نام مرکز/ دندان­پزشک معالج طرف قرارداد انتخابی جهت دریافت خدمات: ..................................... * در صورت ارائه شماره همراه در بخش مشخصات هویتی تا 24 ساعت پس از ارسال فکس، تاییدیه جهت مراجعه به مرکز به شماره همراه شما، پیامک و همزمان معرفی­نامه به مرکز یا دندان­پزشک معالج ارسال خواهد شد.( در صورت عدم ارائه شماره تلفن همراه در این فرم، معرفی نامه صادر نخواهد شد) * شما می­توانید در صورت عدم ارسال کد معرفی نامه ظرف مدت 24 ساعت از طریق شماره 88565126-021 تاییدیه مذکور را پیگیری نمایید و در هر صورت نیازی به مراجعه حضوری جهت دریافت معرفی­نامه نمی­باشد. |
| **این قسمت توسط مسئول شرکت تکمیل می­گردد.**  اطلاعات هویتی معرفی شده فوق الذکر در تاریخ ..................................... تایید و به شرکت خدمات تجارت به شماره فکس88565091-021 ارسال گردید.  نام و نام خانوادگی رابط شرکت خدمات تجارت : ............................................  مهر شرکت : |

برگ استفاده از خدمات دندانپزشکی ویژه مراجعه به مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد

پیوست شماره 2

(ضمیمه نمودن این فرم همراه اسناد الزامیست)

نکات مهم:

* بمنظور تکمیل مدارک مورد نیاز، لطفاً قسمت "3" این فرم را درابتدای درمان حتما به دندانپزشک معالج نشان دهید.در صورت مراجعه به دندانپزشک غیر طرف قرارداد، قبل از شروع کار حتما یک گرافی کل دهان(OPG ) تهیه کنید. در این گرافی حتما نام و نام خانوادگی شما و تاریخ تهیه گرافی باید چاپ شده باشد.
* بمنظور کاهش اشعه و تعداد دفعات مراجعه و جلوگیری از تهیه و ارسال گرافی­های متعدد، ناخوانا، بدون نام و... که بعضاً قابل رسیدگی و پرداخت نمی­باشند، به جای تهیه گرافی و ارسال سند پس از هر کار، کلیه درمان­هایی که در طول یک سال قرارداد نیازمند هستید را انجام داده( مثلا در طول چند ماه) و در پایان یک گرافی کل دهان(OPG) دیگر تهیه و همراه کلیه فاکتورها ( براساس نکات بند "3" این فرم) و به­صورت یکجا ارسال نمایید.

|  |
| --- |
| 1- اطلاعات هویتی:  مشخصات بیمار  نام: ............................ نام خانوادگی: ................................................ نسبت با معرفی شده اصلی: .......................... کد ملی:................................  تلفن همراه: ............................... تلفن ثابت: .............................. تاریخ تحویل سند توسط بیمار: .........................................  مشخصات معرفی شده اصلی  نام: ................................. نام خانوادگی: ................................... کدملی:........................................تلفن همراه: ........................... |
| **2**- مراجعه شما معرفی شده محترم به مراکز طرف قرارداد، در مقایسه با مراکز غیر طرف قرارداد مزایایی بشرح ذیل خواهد داشت:   1. سطح کیفی خدمات قابل ارزیابی و نظارت می باشد . 2. تعرفه های مصوب رعایت و وجوه اضافه تحت هیچ عنوان دریافت نخواهد شد. 3. معرفی شده فقط سهم خود از تعرفه(فرانشیز) را پرداخت خواهد نمود. 4. خدمات تخصصی دندان پزشکی صرفاً توسط افراد و مراکز منتخب دارای صلاحیت ارایه می­شود. 5. ضرورت ارائه صورت حساب و مراحل اداری جهت دریافت هزینه خدمات مرتفع می­گردد. 6. امکان پیگیری و دسترسی به پرونده سلامت دهان و دندان کلیه افراد فراهم می­شود.   به همین لحاظ به کلیه افراد تحت پوشش توصیه می­شود حتی المقدور برای انجام امور دندان پزشکی مورد نیاز خود به یکی از مراکز طرف قرارداد که اسامی آنها در آدرس http://www.phpco.ir/?p=CooperatorCenters&id=24 موجود می­باشد، مراجعه نمایند. |
| ***3- مدارک پیوست جهت پرداخت هزینه دندانپزشکی در مراجعه به مراکز غیر طرف قرارداد شامل:***   1. اصل صورتحساب ( فقط در سر نسخه دندانپزشک) حاوی شرح خدمات، شماره دندان، نوع کار(تعداد سطوح،تعداد کانال ها و غیره)، تاریخ، مهر و امضاء دندانپزشک، مبلغ هر خدمت(به تفکیک) 2. رادیوگرافی قبل (حتماً OPG) و پس از درمان (OPG یا پری اپیکال) در کلیه درمان­ها 3. در مورد دست دندان، پروتز متحرک آکریلی و کرم کبالت، رویت بیمار پس از درمان توسط دندان پزشک معتمد الزامی است.   **نکته**:   1. هزینه رادیوگرافی OPG) ) توسط آسپا پرداخت نمیشود. 2. هزینه جرم گیری در مراکز غیرطرف قرارداد قابل پرداخت نمی­باشد. 3. خدمات تائید شده پس از کسر " فرانشیز" بر مبنای "تعرفه مصوب سندیکای بیمه­گران ایران" پرداخت می­شود و تعرفه "آزاد غیر مصوب" قابل قبول نمی­باشد. 4. هزینه درمان­هایی که جنبه زیبائی دارند، قابل پرداخت نمی­باشد.(لامینیت ونیر، کامپوزیت ونیر و ...)   (تلفن هماهنگی جهت موارد فوق: 88564515-021)  تذکر: در صورت عدم رعایت مفاد بندهای فوق الذکر، اسناد ارسالی قابل رسیدگی و پرداخت نمی باشند. |
| این قسمت توسط نماینده یا رابط شرکت در امور دندانپزشکی تکمیل می­گردد.  مدارک فوق در تاریخ ....................................به آقا/ خانم ................................ ارسال/ تحویل گردید. مهر و امضاء |

نشانی:تهران –خيابان سعدي شمالي – پايين تر از بيمارستان اميراعلم ساختمان شماره 250 پلاك 629، طبقه اول کد پستی : 1147614137 تلفن:77687238-021 نمابر: 77617797-021

**برای انجام درمان پروتزهای بیشتر از5 واحد (در مراکز طرف قرارداد و غیرطرف قرارداد) دریافت مجوز از آسپا الزامی است .**

جرمگیری و بروساژ: هزینه خدمات جرم گیری و بروساژ صرفاً در مراکز طرف قرارداد قابل پرداخت خواهد بود.

رادیوگرافی: هزینه رادیوگرافی پانورکس (OPG) در تعهد این قرارداد نمی­باشد

سایر خدمات:

رعایت ضوابط بر اساس موارد مندرج در فرم مراجعه به مراکز غیر طرف قرارداد می­باشد.