پاسخ به سوالات متداول زوجین نیازمند دریافت خدمات تخصصی باروری

آشنایی با پوشش بیمه‌ی درمان ناباروری

بارداری و داشتن فرزند، آرزوی بسیاری از زوج‌هاست؛ اما برای برخی، این مسیر ممکن است با چالش‌های پزشکی و هزینه‌های مالی همراه باشد. یکی از پرسش‌های مهم این است که «آیا بیمه، هزینه‌های درمان ناباروری را پوشش می‌دهد؟» پاسخ مثبت است! امروزه بخش قابل‌توجهی از هزینه‌های تشخیصی و درمانی تحت پوشش بیمه‌های پایه (مانند بیمه سلامت، تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح و...) قرار دارد. برای بهره‌مندی از این حمایت‌ها، تنها کافی است شرایط اصلی مانند داشتن بیمه معتبر و تأیید تشخیص توسط پزشک متخصص را رعایت کرده و مطابق با دستورالعمل‌های مربوطه، فرآیند دریافت خدمات را طی کنید.

در این مجموعه، پاسخ ۱۵ پرسش کلیدی و پرتکرار درباره بیمه درمان ناباروری را به زبان ساده برای شما گردآوری کرده‌ایم. امیدواریم مطالعه این مطالب، مسیر رسیدن به آرزوی فرزندآوری را برای شما آگاهانه‌تر و آسان‌تر کند.

۱- کدام زوج نابارور محسوب می شود؟ زوجین زمانی نابارور محسوب می‌شوند که پس از ۱۲ ماه رابطه جنسی منظم و بدون پیشگیری، موفق به بارداری نشده باشند. در زنان بالای ۳۵ سال، اگر این تلاش پس از ۶ ماه بی‌نتیجه بماند، توصیه می‌شود برای بررسی‌های تخصصی به پزشک مراجعه کنند.

۲- بیمه درمان ناباروری چیست و شرایط آن چگونه است؟ بیمه درمان ناباروری، بسته حمایتی برای پوشش هزینه‌های تشخیصی و درمانی است که تحت پوشش اکثر بیمه‌های پایه (مانند بیمه سلامت، تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح) قرار دارد.

شرایط بهره‌مندی:

- داشتن بیمه پایه معتبر: زوجین (یا یکی از آن‌ها) باید دارای دفترچه بیمه معتبر باشند.
- تأیید تخصصی: تشخیص ناباروری باید توسط پزشک متخصص زنان یا اورولوژیست انجام و ثبت شده باشد.
- مراجعه به مراکز طرف قرارداد: فرآیند درمان باید حتماً در مراکز درمانی (دولتی یا خصوصی) که طرف قرارداد با سازمان بیمه‌گر شما هستند، صورت گیرد.

3- چه خدماتی تحت پوشش بیمه پایه قرار می‌گیرد؟ تعهدات هر بیمه پایه ممکن است متفاوت باشد.

۴- چه خدماتی تحت پوشش بیمه سلامت قرار می‌گیرد؟ تعهدات بیمه سلامت برای نازایی یک طیف وسیع از خدمات را شامل می شود که از مراحل اولیه تا پیشرفته ترین روش های درمانی را در بر می گیرد. این خدمات به سه دسته تقسیم می شوند: خدمات تشخیصی، خدمات درمانی و داروها

۵- خدمات تحت پوشش بیمه سلامت و تامین اجتماعی به چه میزان است؟ پوشش بیمه در مراکز دولتی ۹۰ درصد تعرفه دولتی و در مراکز خصوصی طرف قرارداد ۶۰ درصد تعرفه خصوصی می باشد و همچنین در مراکز عمومی غیر دولتی ۹۰ درصد تعرفه عمومی غیر دولتی است.

۶- سقف استفاده از پوشش بیمه ای خدمات ناباروری چقدر است؟ در حال حاضر در تعداد خدمات ناباروری محدودیتی وجود ندارد.

۷- نحوه استفاده از بیمه سلامت یا بیمه تامین اجتماعی برای درمان ناباروری چگونه است؟ برای استفاده از بیمه سلامت یا تامین اجتماعی برای درمان ناباروری نیاز به پشت سر گذاشتن سه گام اساسی است که شامل موارد زیر است:

- اولین و مهم ترین قدم، مراجعه به خانه بهداشت یا پایگاه سلامت نزدیک به محل سکونت است تا از نظر باروری بررسی گردید. در صورت احتمال وجود هرگونه اختلال، زوج به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع می‌گردد.
- در قدم دوم پزشک مرکز خدمات جامع سلامت، شرح حال باروری زوجین را گرفته و در صورت امکان زوجین در سطح ۱ درمان می‌نماید و درصورت نیاز به دریافت خدمات تخصصی تر، زوج را به سطح ۲ یا ۳ درمان ارجاع می‌دهد.

- بعد از ارجاع، پزشک متخصص پس از انجام معاینات اولیه و تایید ناباروری، اطلاعات زوج را در سامانه بیمه سلامت/ تامین اجتماعی ثبت می کند (پرونده زوج نشان دار می شود و زوج می‌تواند منبعد از خدمات با پوشش ۹۰ درصدی مراکز درمانی دولتی یا خصوصی طرف قرارداد با بیمه استفاده کند)

۸- نقش بیمه تکمیلی در درمان ناباروری چیست؟ اگر زوجی تحت پوشش بیمه تکمیلی باشد، می تواند فاکتورهای پرداختی خود (۱۰ درصد سهم بیمار) را به شرکت بیمه تکمیلی ارائه دهد تا بر اساس تعهدات قرارداد خود، تمام یا بخشی از آن مبلغ را باز پس گیرد. بنابراین داشتن ترکیبی از بیمه پایه (بیمه سلامت یا تامین اجتماعی) برای درمان ناباروری و یک بیمه تکمیلی قوی، می تواند هرینه های درمان را برای زوج نابارور تقریباً به صفر نزدیک کند.

۹- آیا هزینه های فریز جنین و تخمک نیز تحت پوشش بیمه سلامت یا تامین اجتماعی است؟ بله بر اساس دستورالعملهای فعلی، هزینه های مربوط به فریز و نگهداری جنین و تخمک که در راستای فرآیند درمان ناباروری انجام می شود، تحت پوشش ۹۰ درصدی قرار می‌گیرد. این موضوع به زوجین امکان می‌دهد تا در صورت نیاز به تکرار درمان، از جنین ها و تخمک فریز شده استفاده کنند و نیازی به تکرار کامل فرایند تحریک تخمدان و تخمک کشی نداشته باشند.

۱۰- اگر در یک مرکز خصوصی که طرف قرار داد نیست زوج درمان شود، آیا می تواند هزینه ها را از بیمه پایه دریافت کند؟ در صورت دریافت خدمات درمان ناباروری در مراکز غیر طرف قرارداد در صورت نشاندار شدن بیمار، هزینه ناباروری طبق بسته ناباروری از خسارت قابل پرداخت است

۱۱- آیا برای ا ستفاده از این خدمات، هر دو زوج باید بیمه دا شته با شند؟ خیر لزومی ندارد هر دو نفر بیمه دا شته باشند، کافی است یکی از زوجین(زن یا مرد) تحت پوشش بیمه باشد.

۱۲- آیا خدمات مرتبط با اهدای تخمک یا اهدای جنین نیز تحت پوشش بیمه قرار می گیرد؟

در حال حا ضر، هزینه های مرتبط با فرآیند اهدا (مانند هزینه ای که به فرد اهداء کننده پرداخت می شود) تحت پوشش بیمه پایه قرار ندارد.

۱۳- برای استفاده از خدمات ناباروری، بیمه شده باید چه مدارکی داشته باشد؟ برای استفاده از خدمات ناباروری، پزشک متخصص زنان دارای فلوشیپ ناباروری، متخصص زنان دوره دیده، متخصص ارولوژی، فلو شیپ آندرولوژی میتوانند با تشخیص خود مبنی بر نابارور بودن زوج، آنها را در سامانه نسخه نویسی نشاندار کنند و نیازی نیست بیمه شده کار خاصی انجام دهدیا مدرک خاصی تهیه نماید.

۱۴- زوج نیازمند دریافت خدمات تخصصی جهت درمان ناباروری عنوان می کند «به داروخانه جهت دریافت داروی ناباروری مراجعه کردم ولی هزینه آن آزاد محاسبه شد چرا با وجود داشتن بیمه، برای دارو باید هزینه پرداخت؟» برخی داروهای درمان ناباروری طبق ضوابط سازمان بیمه گر پرونده ای هستند و بیمار باید با مدارک ناباروری خود شامل سونوگرافی و گواهی پزشک به سازمان بیمه گر، واحد تایید دارو مراجعه کند.

۱۵- آیا بیمه سلامت و تامین اجتماعی با بیمه نیروهای مسلح خدماتشان فرق می کند؟ بله، بیمه نیروهای مسلح شامل بیمه پایه و تکمیلی است و تعرفه بخش خصوصی را هم طبق ضوابط خودش پوشش می دهد.