

نام بیمه گذار:		شماره قرارداد:	
ردیف	نام بیمار	نوع هزینه	مبلغ هزینه (ریال)
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
جمع کل:		ریال	

جدول فوق را با توجه به توضیحات مندرج در متن و هر مورد هزینه را در یک ردیف ثبت کرده ام. ☒

در خصوص پرونده بستری ردیف از لیست فوق انصراف خود را از دریافت سهم بیمه گر اول اعلام می کنم. ☒

* در صورت نقص مدارک درمانی به تشخیص کارشناس و با توضیح موارد، عیناً جهت تکمیل به بیمه شده عودت می گردد

* در صورت وجود هر گونه ابهام لطفاً با شماره تلفن ۰۲۳۳۳۰۸۹۳ ، بخش خسارت درمان تماس حاصل فرمایید

تلفن تماس:	تاریخ تکمیل فرم:
کد ملی:	۱۳۹ / /

توضیحات:

<p>۱. مدارک مورد نیاز جهت بررسی پرونده های خسارت پاراکلینیکی</p> <ul style="list-style-type: none"> کپی جواب مبنی بر انجام اقدام پاراکلینیکی و کپی دستور پزشک معالج مربوطه اصل قبض رسید (مبلغ پرداختی توسط بیمار) ممهور به مهر مرکز درمانی و قید تاریخ <p>اسناد پاراکلینیکی به هیچ عنوان عودت نمیگردد؛ از ارسال اصل جواب مدارک پاراکلینیکی خودداری فرمایید. برای فیزیوتراپی اصل دستور پزشک مورد نیاز است</p>	<p>۴. مدارک مورد نیاز جهت بررسی اسناد بستری بیمارستان خصوصی</p> <ul style="list-style-type: none"> اصل صورتحساب بیمارستان ممهور به مهر بیمارستان اصل ریز داروها ممهور به مهر داروخانه بیمارستان اصل قبوض رسید و رونوشت جواب رادیوگرافی، آزمایشگاه، M.R.I، سی تی اسکن، اکو، تست ورزش، سونوگرافی، ماموگرافی، مانیترینگ، آنژیوگرافی و ... گواهی از پزشک مبنی بر تعداد مشاوره صورت گرفته با مهر گواهی تعداد جلسات فیزیوتراپی تاریخ آنها و اقدامات انجام شده در هر جلسه در صورت دریافت هزینه از سوی بیمه گر پایه کپی برابر اصل «چک دریافتی و اسناد درمانی» از سوی سازمان
<p>۲. مدارک مورد نیاز جهت بررسی سایر هزینه ها (مطابق با تعهدات بیمه نامه)</p> <p>عینک:</p> <ul style="list-style-type: none"> اصل قبض رسید (مبلغ پرداختی) ممهور به مهر مرکز خرید عینک و قید تاریخ برگه تعیین نمره چشم (ممهور به مهر چشم پزشک و یا اپتومتریست) <p>ویزیت:</p> <ul style="list-style-type: none"> اصل قبض رسید (مبلغ پرداختی توسط بیمار) ممهور به مهر پزشک معالج و قید تاریخ <p>دارو:</p> <ul style="list-style-type: none"> اصل نسخه دارو ممهور به مهر داروخانه و مهر پزشک معالج سوابق بیماری بیمه شده در موارد بیماریهای خاص <p>دندان:</p> <ul style="list-style-type: none"> اصل فاکتور ممهور به مهر دندانپزشک معالج و قید تاریخ ارائه گرافی قبل و بعد از انجام کار و یا حین انجام کار (غیر از موارد ترمیم، جرمگیری و روکش کمتر از ۳ واحد) 	<p>۵. در صورت انجام درمان طبی :</p> <ul style="list-style-type: none"> گواهی از پزشک مبنی بر تعداد ویزیت صورت گرفته با مهر <input type="checkbox"/> ارایه برگه سیر بیماری
<p>۳. در صورت بیماریهای خاص :</p> <ul style="list-style-type: none"> ارائه مستندات ابتلا به بیماری (جواب پاتولوژی ، MRI و...) در اولین نوبت ارسال اسناد جهت تشکیل پرونده اصل قبوض دارو های مربوط به بیماری و تصویر نسخه پزشک ممهور به مهر داروخانه و پزشک معالج 	<p>۶. در صورت عمل جراحی:</p> <ul style="list-style-type: none"> ارائه برگه شرح عمل جراحی اصل گواهی بیهوشی ممهور به مهر پزشک بیهوشی <input type="checkbox"/> اصل گواهی کمک جراح ممهور به مهر پزشک جراح اصل ریز داروها و وسایل مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر داروخانه بیمارستان گواهی از پزشک مبنی بر تعداد مشاوره صورت گرفته با مهر در صورت جراحی سیتوپلاستی ارائه گرافی قبل از عمل جراحی در صورت جراحی کورتاژ ارائه سونوگرافی قبل از عمل ارائه جواب پاتولوژی جهت سایر اعمال جراحی
<p>۷. در صورت بستری در بیمارستانهای دولتی :</p> <ul style="list-style-type: none"> اصل صورتحساب بیمارستان ممهور به مهر بیمارستان اصل ریز کلیه مابه التفاوتها ممهور به مهر بیمارستان در صورت بستری نوزاد به علت بیماری در زمان تولد ارائه نامه بیمه گذار جهت تأیید پوشش بیمه ای وی (فرم ضمانت) و پرداخت حق بیمه مربوطه جهت صدور معرفینامه الزامی است. به منظور صدور معرفینامه ارائه اصل و یا تصویر دستور پزشک مبنی بر بستری و یا انجام خدمات پاراکلینیکی به همراه کارت درمان الزامی است. خواهشمند است قبل از مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد این شرکت (بستری و یا انجام خدمات پاراکلینیکی) با اداره بیمه های اشخاص هماهنگی لازم صورت گیرد. 	