

شماره قرارداد:	نام بیمه گذار:
----------------	----------------

ردیف	نام بیمار	نوع هزینه	مبلغ هزینه (ریال)	تعداد برگ	نتیجه
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 میگردد

* در صورت وجود هر گونه ابهام لطفاً با شماره تلفن ۸۹۴۳ داخلی های ۰۳۴۸، ۰۳۳۲، ۰۳۳۳، ۰۳۳۲، ۰۳۳۱، ۰۳۳۱ تماس حاصل فرمایید

تلفن تماس:	تاریخ تکمیل فرم:
شماره حساب بانکی (شبا):	نزد بانک:

توضیحات:

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