

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

توضیحات:

خسارت پاراکلینیکی

۱. مدارک مورد نیاز جهت بررسی پرونده های خسارت پاراکلینیکی

- کپی جواب مینی 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
- برای فیزیوتراپی اصل دستور پزشک مورد نیاز است.

اسناد پاراکلینیکی به هیچ عنوان عودت نمی گردد؛ از ارسال اصل جواب مدارک پاراکلینیکی خودداری فرمائید.

۲. مدارک مورد نیاز جهت بررسی سایر هزینه ها (مطابق با تعهدات بیمه نامه)

عینک:

- اصل قبض رسید (مبلغ پرداختی) ممهور به مهر مرکز خرید عینک و قید تاریخ و مشخصات کامل بیمار
- برگه تعیین نمره چشم (ممهور به مهر چشم پزشک و یا اپتومتریست)

ویزیت:

- اصل قبض رسید (مبلغ پرداختی توسط بیمار) ممهور به مهر پزشک معالج و قید تاریخ

دارو:

- اصل نسخه دارو ممهور به مهر داروخانه و مهر پزشک معالج
- سوابق بیماری بیمه شده در موارد بیماریهای خاص

در صورت بیماریهای خاص :

- در اولین نوبت تمامی مستندات ابتلا به بیماری (جواب پاتولوژی ، MRI و...) جهت تشکیل پرونده ارسال گردد.
- اصل قبوض دارو های مربوط به بیماری و تصویر نسخه پزشک ممهور به مهر داروخانه و پزشک معالج

این قسمت توسط بیمه شده پر گردد:

در صورت نقص مدارک درمانی به تشخیص کارشناس و با توضیح موارد، "مدارک عینا" جهت تکمیل به بیمه شده عودت میگردد.

در صورت وجود هر گونه ابهام لطفاً با شماره تلفن ۹۱۰۰۸۴۴۸ تماس حاصل فرمایید .

آیا مدارک خود را بصورت الکترونیکی در سایت درمانت ثبت کرده اید؟ بله خیر

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

تلفن تماس:	محل درج مهر شعبه/کارگزار/ نماینده:
کد ملی:	
تاریخ تکمیل فرم	نام و امضاء بیمه شده اصلی:

● بیمه شده گرامی، شما می توانید بجای ارسال مدارک خسارت درمان و انتظار برای بازپرداخت میبالغ پرداختی، نسبت به درخواست معرفی نامه برای مراکز درمانی طرف قرارداد پیش از انجام کار درمانی اقدام نمایید. به این ترتیب ضمن صرفه جویی در وقت خود، هزینه کرد درمان شما نیز کاهش می یابد

● بیمه شدگان ساکن تهران می توانند به جای مراجعه حضوری از طریق پرتال درمانت درخواست معرفی نامه پاراکلینیکی و از طریق شماره واتس اپ ۰۹۹۱۲۷۰۲۰۸۱ درخواست معرفینامه بیمارستانی خود را ارسال فرمایند