

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

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

توضیحات:

خسارت بیمارستانی

<p>۱. در صورت انجام درمان طبی :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ارائه برگه سیر بیماری <input type="checkbox"/> برگه دستورات پزشک <p>۲. در صورت عمل جراحی:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ارائه برگه شرح عمل جراحی <input type="checkbox"/> اصل گواهی بیهوشی ممهور به مهر پزشک بیهوشی و چارت بیهوشی <input type="checkbox"/> اصل ریز داروها و وسایل مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر داروخانه بیمارستان <input type="checkbox"/> در صورت جراحی سبوتوپلاستی ارائه گرافی یا سی تی اسکن قبل از عمل جراحی <input type="checkbox"/> ارائه جواب پاتولوژی جهت سایر اعمال جراحی که بافتی از بدن خارج شده است <input type="checkbox"/> گواهی از پزشک مبنی بر تعداد مشاوره صورت گرفته با مهر <input type="checkbox"/> در صورت جراحی کوتاه ارائه سونوگرافی قبل از عمل و پاتولوژی <input type="checkbox"/> اصل گواهی جراح ممهور به مهر پزشک جراح <input type="checkbox"/> اصل گواهی کمک جراح ممهور به مهر پزشک 	<p>۳. مدارک مورد نیاز جهت بررسی اسناد بستری بیمارستان خصوصی:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> اصل صورتحساب بیمارستان ممهور به مهر بیمارستان <input type="checkbox"/> اصل ریز داروها ممهور به مهر داروخانه بیمارستان <input type="checkbox"/> اصل قبوض رسید و رونوشت جواب رادیوگرافی، MRI، سی تی اسکن، اکو، تست ورزش، سونوگرافی، ماموگرافی، مانیئورینگ، آنژیوگرافی و ... <input type="checkbox"/> گواهی از پزشک مبنی بر تعداد مشاوره صورت گرفته با مهر <input type="checkbox"/> برگه تجمیعی آزمایشگاه <input type="checkbox"/> گواهی تعداد جلسات فیزیوتراپی به همراه تاریخ و اقدامات انجام شده در هر جلسه <input type="checkbox"/> در صورت دریافت هزینه از سوی بیمه گر پایه کپی برابر اصل اسناد درمانی و گواهی مبلغ دریافتی از سوی سازمان ارائه گردد و در غیر اینصورت، فرم انصراف از سهم بیمه گر اول به پیوست مدارک ارسال گردد. <p>۴. در صورت بستری در بیمارستانهای دولتی :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> اصل صورتحساب بیمارستان ممهور به مهر بیمارستان <input type="checkbox"/> در صورت بستری نوزاد به علت بیماری در زمان تولد اقدام جهت ثبت نام ایشان در لیست <input type="checkbox"/> اصل ریز کلیه ماهه التفاوتها ممهوره مهر بیمارستان <input type="checkbox"/> بیمه شدگان و سپس ارائه مستندات خسارت الزامی می باشد. <input type="checkbox"/> خلاصه پرونده یا شرح حال
--	--

این قسمت توسط بیمه شده پر گردد:

<p>در صورت نقص مدارک درمانی به تشخیص کارشناس و با توضیح موارد، "مدارک عیناً" جهت تکمیل به بیمه شده عودت میگردد.</p> <p>در صورت وجود هر گونه ابهام لطفاً با شماره تلفن ۹۱۰۰۸۴۴۸ تماس حاصل فرمایید .</p> <p><input type="radio"/> در مورد پرونده بستری ردیف قبلاً سهم بیمه گر اول را دریافت نموده ام و یا فرم انصراف از سهم بیمه گر اول را پر نموده و به پیوست ارسال میکنم.</p> <p><input type="radio"/> آیا مدارک خود را بصورت الکترونیکی در سایت درمانت ثبت کرده اید؟</p> <p><input type="radio"/> جدول فوق را با توجه به توضیحات مندرج در متن و هر مورد هزینه را در یک ردیف ثبت کرده ام.</p> <p> <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بله <input type="checkbox"/> امضاء: <input type="checkbox"/> بله </p>
--

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 مبالغ 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