



شماره قرارداد:		نام بیمه گذار:		
نتیجه	تعداد برگ	مبلغ هزینه (ریال)	نوع هزینه	نام و نام خانوادگی بیمار
	برگ	ریال	جمع کل:	

جدول فوق را با توجه به توضیحات مندرج در متن و هر مورد هزینه را در یک ردیف ثبت کرده ام. نام و امضاء بیمه شده اصلی

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.

\* 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 ۰۲۳۳۳۰۸۹۳ تماس حاصل فرمایید

تلفن تماس:


کد ملی:

/ /
-----

تاریخ تکمیل فرم:

توضیحات:

<p><b>۴. مدارک مورد نیاز جهت بررسی اسناد بستری بیمارستان خصوصی</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> اصل صورتحساب بیمارستان ممهور به مهر بیمارستان</li> <li><input type="radio"/> اصل ریز داروها ممهور به مهر داروخانه بیمارستان</li> <li><input type="radio"/> اصل قبوض رسید و رونوشت جواب رادیوگرافی، آزمایشگاه، M.R.I، سی تی اسکن، اکو، تست ورزش، سونوگرافی، ماموگرافی، مانیترینگ آنژیوگرافی و ...</li> <li><input type="radio"/> گواهی از پزشک مبنی بر تعداد مشاوره صورت گرفته با مهر</li> <li><input type="radio"/> گواهی تعداد جلسات فیزیوتراپی تاریخ آنها و اقدامات انجام شده در هر جلسه</li> <li><input type="radio"/> در صورت دریافت هزینه از سوی بیمه گر پایه کپی برابر اصل اسناد درمانی و چک دریافتی از سوی سازمان</li> </ul>	<p><b>۱. مدارک مورد نیاز جهت بررسی پرونده های خسارت پاراکلینیکی</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> کپی جواب مبنی بر انجام اقدام پاراکلینیکی و کپی دستور پزشک معالج مربوطه</li> <li><input type="radio"/> اصل قبض رسید (مبلغ پرداختی توسط بیمار) ممهور به مهر مرکز درمانی و قید تاریخ</li> </ul> <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><b>۲. مدارک مورد نیاز جهت بررسی سایر هزینه ها (مطابق با تعهدات بیمه نامه)</b></p> <p>عینک:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> اصل قبض رسید (مبلغ پرداختی) ممهور به مهر مرکز خرید عینک و قید تاریخ</li> <li>و مشخصات کامل بیمار</li> <li><input type="radio"/> برگه تعیین نمره چشم (ممهور به مهر چشم پزشک و یا اپتومتریست)</li> </ul> <p>ویزیت:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> اصل قبض رسید (مبلغ پرداختی توسط بیمار) ممهور به مهر پزشک معالج و قید تاریخ</li> </ul> <p>دارو:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> اصل نسخه دارو ممهور به مهر داروخانه و مهر پزشک معالج</li> <li>سوابق بیماری بیمه شده در موارد بیماریهای خاص</li> </ul>
<p><b>۵. در صورت انجام درمان طبی:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> گواهی از پزشک مبنی بر تعداد ویزیت صورت گرفته با مهر <input type="radio"/> ارایه برگه سیر بیماری</li> </ul>	
<p><b>۶. در صورت عمل جراحی:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ارائه برگه شرح عمل جراحی</li> <li><input type="radio"/> اصل گواهی جراح ممهور به مهر پزشک جراح</li> <li><input type="radio"/> اصل گواهی بیهوشی ممهور به مهر پزشک بیهوشی <input type="radio"/> اصل گواهی کمک جراح ممهور به مهر پزشک</li> <li><input type="radio"/> اصل ریز داروها و وسایل مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر داروخانه بیمارستان</li> <li><input type="radio"/> گواهی از پزشک مبنی بر تعداد مشاوره صورت گرفته با مهر</li> <li><input type="radio"/> در صورت جراحی سیتوپلاستی ارائه گرافی قبل از عمل جراحی</li> <li><input type="radio"/> در صورت جراحی کورتاژ ارائه سونوگرافی قبل از عمل</li> <li><input type="radio"/> ارائه جواب پاتولوژی جهت سایر اعمال جراحی</li> </ul>	
<p><b>۷. در صورت بستری در بیمارستانهای دولتی:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> اصل صورتحساب بیمارستان ممهور به مهر بیمارستان</li> <li><input type="radio"/> اصل ریز کلیه مابه التفاوتها ممهور به مهر بیمارستان</li> <li><input type="radio"/> در صورت بستری نوزاد به علت بیماری در زمان تولد اقدام جهت ثبت نام ایشان در لیست بیمه شدگان و سپس ارائه مستندات خسارت الزامی می باشد.</li> </ul>	<p><b>۳. در صورت بیماریهای خاص:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ارائه مستندات ابتلا به بیماری (جواب پاتولوژی، MRI و...)</li> <li><input type="radio"/> در اولین نوبت ارسال اسناد جهت تشکیل پرونده</li> <li><input type="radio"/> اصل قبوض دارو های مربوط به بیماری و تصویر نسخه پزشک ممهور به مهر داروخانه و پزشک معالج</li> </ul>

محل درج مهر شعبه/کارگزار/ نماینده

بیمه