

فرم تحویل مدارک درمانی به بیمه گر

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی: شماره تلفن همراه: تاریخ تحویل مدارک: 14 / / کد پیگیری بیمه گر پایه: کد ملی بیمه شده اصلی: کد پرسنلی: شماره حساب و شبای بیمه شده اصلی:

مدارک مورد نیاز جهت بررسی اسناد سرپایی	مدارک مورد نیاز جهت پرونده بیمارستانی
خدمات آزمایشگاهی و تشخیصی: دستور پزشک معالج - اصل قبض صادره آزمایشگاه - رونوشت گزارش آزمایش	بررسی اسناد بستری در بیمارستان خصوصی:
ویزیت: گواهی پزشک معالج یا قبض مرکز درمانی ممهور به مهر پزشک معالج با نام بیمار و تاریخ ویزیت	اصل صورتحساب بیمارستان - خلاصه پرونده - برگه جراحی و بیهوشی و ریز مصرفی اتاق عمل (در صورت جراحی) - ریز مصرفی ها در بخش - ریز اقدامات تشخیصی انجام شده و گزارش مربوطه - برگه مشاوره و ویزیت پزشکان (کلیه موارد ممهور به مهر بیمارستان)
دارونسخه ممهور به مهر پزشک معالج و داروخانه همراه با رسید چاپی داروخانه	بررسی اسناد بستری در بیمارستان دولتی:
فیزیوتراپی: دستور پزشک معالج - قبض مرکز فیزیوتراپی به همراه گواهی تعداد جلسات و شرح اقدامات انجام شده	اصل صورتحساب بیمارستان - خلاصه پرونده - در صورت جراحی برگه جراحی و بیهوشی - اصل ریز تمامی مابه التفاوتها (ممهور به مهر بیمارستان)
دندانپزشکی: گواهی پزشک معالج مبنی بر خدمات ارائه شده و رادیوگرافی های مربوط به اقدامات انجام شده	*در صورت دریافت هزینه از سوی بیمه گر پایه ارائه رونوشت پرونده به همراه گواهی پرداخت بیمه گر الزامی می باشد.
عینک: اصل دستور پزشک معالج - فاکتور معتبر مرکز خرید عینک با نام و تاریخ و مهر مرکز عینک	*در صورت جراحی سیتوپلاستی ارائه سی تی اسکن قبل از عمل الزامی می باشد.
خدمات سرپایی: قبض مرکز درمانی و گواهی پزشک معالج مبنی بر شرح خدمت - شرح حادثه در صورت حادثه	*در صورت کورتاژ تخلیه ای ارائه سونوگرافی قبل از عمل الزامی می باشد.
تجهیزات پزشکی (ارتز): دستور پزشک معالج - اصل فاکتور داروخانه یا مرکز تجهیزات - اسکن کف پا یا ام آر آی	*در صورت جراحی بای پس معده ارائه گواهی تایید بیمه گر پایه الزامی می باشد.
داروی خاص: اصل نسخه پزشک معالج - ارائه مستندات ابتلا به بیماری (پاتولوژی - ام آر آی)	*در صورت بلغاروپلاستی ارائه برگه پریمتری الزامی می باشد.
	*در صورت ماموپلاستی ارائه ام آر آی ستون فقرات الزامی می باشد.
	*در صورت فتق نافی ارائه سونوگرافی شکم الزامی می باشد.

در صورت استفاده از خدمات الکترونیک بیمه گر پایه ارائه کد پیگیری پیامک شده به بیمه شده اصلی الزامی می باشد.

این قسمت توسط بیمه گزار/ بیمه شده تکمیل می گردد		این قسمت توسط بیمه گر تکمیل می گردد				
ردیف	نام بیمار	تاریخ هزینه	نوع اقدام تشخیصی یا درمانی	مبلغ هزینه (ریال)	مبلغ تایید شده قبل از کسر فرانشیز (ریال)	توضیحات
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						

محل درج امضاء بیمه شده اصلی

جدول فوق را با توجه به توضیحات تکمیل کرده ام

این قسمت توسط بیمه گزار / بیمه شده تکمیل می گردد		این قسمت توسط بیمه گر تکمیل می گردد				
ردیف	نام بیمار	تاریخ هزینه	نوع اقدام تشخیصی	مبلغ هزینه	مبلغ تایید شده قبل از کسر فرانشیز(ریال)	توضیحات
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						
۱۱						
۱۲						
۱۳						
۱۴						
۱۵						
۱۶						
۱۷						
۱۸						
۱۹						
۲۰						

جدول فوق را با توجه به توضیحات تکمیل کرده ام

محل درج امضاء بیمه شده اصلی