

فرم ارسال مدارک

نام بیمه شده اصلی:	شماره قرارداد:	محل خدمت:
شماره پرسنلی:	کد ملی:	کد شعبه:

شرکت نمایندگی بیمه تامین فرزنانگان آینده (در تهران) شعبه بیمه رازی در شهرستان

با سلام

احتراماً؛ به پیوست مدارک درمانی به شرح ذیل، جهت دریافت خسارت از بیمه ارسال می‌گردد.

ردیف	نام بیمار	کد ملی بیمار	نوع هزینه	مبلغ هزینه (ریال)	تعداد برگ مدارک	تاریخ انجام هزینه
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
جمع کل:						

<p style="text-align: center;">مدارک مورد نیاز جهت بررسی هزینه های پاراکلینیکی</p> <ul style="list-style-type: none"> • نکته: مندرجات و مهر مدارک درمانی ارسالی اعم از اصل یا کپی کاملاً خوانا باشد. • اصل قبض پرداخت وجه ممهور به مهر مرکز درمانی و قید تاریخ • کپی جواب مبنی بر انجام اقدام پاراکلینیکی و دستور پزشک معالج (اسناد پاراکلینیکی به هیچ عنوان عودت نمی‌گردد؛ از ارسال اصل جواب مدارک پاراکلینیکی خودداری فرمائید) 	<p style="text-align: center;">مدارک مورد نیاز جهت بررسی هزینه های دندانپزشکی و ایمپلنت</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱- عکس OPG قبل و بعد از درمان الزامی است. ۲- اصل قبض پرداختی بابت هزینه دندانپزشکی (لطفاً به ریز مبلغ باشد). ۳- برای انجام اردتودنسی معاینه حضوری و تایید دندانپزشک معتمد بیمه رازی الزامی است. ۴- برای اخذ هزینه ایمپلنت عکس OPG قبل، بعد و حین جراحی و لیبل های ایمپلنت الزامی است.
<p style="text-align: center;">مدارک مورد نیاز جهت بررسی اسناد بستری در بیمارستان</p> <ul style="list-style-type: none"> • اصل صورتحساب بیمارستان ممهور به مهر بیمارستان • اصل ریز داروها ممهور به مهر داروخانه بیمارستان • اصل قبض پرداخت و کپی جواب رادیوگرافی، آزمایشگاه، MRI، سی تی اسکن، اکو، تست ورزش، سونوگرافی، ماموگرافی، مانیتورینگ، آنژیوگرافی و ... • گواهی از پزشک مبنی بر تعداد مشاوره صورت گرفته ممهور به مهر پزشک • گواهی تعداد جلسات فیزیوتراپی، تاریخ آنها و شرح اقدامات انجام شده در هر جلسه • در صورت دریافت هزینه از سوی سازمان تأمین اجتماعی، رسید وجه دریافتی و کپی برابر اصل مدارک از سوی سازمان تأمین اجتماعی 	<p style="text-align: center;">مدارک مورد نیاز جهت بررسی در صورت عمل جراحی</p> <ul style="list-style-type: none"> • ارائه برگه شرح عمل جراحی • اصل گواهی جراح ممهور به مهر پزشک جراح • اصل گواهی بییهوشی ممهور به مهر پزشک بییهوشی • اصل گواهی کمک جراح ممهور به مهر پزشک • اصل ریز داروها و وسایل مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر داروخانه بیمارستان • گواهی از پزشک مبنی بر تعداد مشاوره صورت گرفته ممهور به مهر پزشک • در صورت جراحی سیتوپلاستی، ارائه گرافی قبل از عمل جراحی • در صورت جراحی کورتاژ، ارائه سونوگرافی قبل از عمل • ارائه جواب پاتولوژی جهت سایر اعمال جراحی
<p style="text-align: center;">مدارک مورد نیاز جهت رفع عیوب انکساری چشم</p> <ul style="list-style-type: none"> • برگه تعیین نمره چشم؛ ۳ دیوپتر یا بیشتر (ممهور به مهر چشم پزشک یا اپتومتریست) • ارائه دستور پزشک مبنی بر بستری شدن 	<p style="text-align: center;">مدارک لازم جهت صدور معرفی نامه</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ ارائه اصل دستور پزشک جهت بستری یا اعمال جراحی در بیمارستان ❖ ارائه اصل دستور پزشک جهت خدمات پاراکلینیکی. ❖ ارائه اصل طرح درمان جهت دندانپزشکی و ایمپلنت

نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده:

نام و نام خانوادگی:

امضاء

تاریخ:

امضاء

تاریخ: