شیوه نامه خسارت درمان دانشگاه آزاد اسلامی

الف)مدارک لازم برای دریافت معرفی نامه های بستری

۱. دستور پزشک که در آن نوع بیماری / نوع جراحی ، مرکز درمانی مورد نظر و تاریخ بستری ذکر شده باشد.
۲. ارائه تصویر شناسنامه بیمه شده اصلی و بیمه شده بیمار جهت تعهد زایمان الزامیست.
۳. ارائه تصویر صفحه اول دفترچه بیمه در اولین خسارت الزامیست.
۴. در صورت بستری شدن بیمار قبل از اخذ معرفینامه ، برگه پذیرش که علت بستری مشخص شده و ممهور به مهر پزشک باشد مورد نیاز است.
۵. انجام لیزیک منوط به ارائه گواهی پزشک و جواب اپتومتری (هر چشم ۳ دیوپتر و بالاتر)می باشد.
۶. **برای کلیه اعمال جراحی مربوط به چاقی به هیچ عنوان معرفی نامه صادر نمیگردد .**

الف-۱)اعمالی که نیاز به تائیدیه پزشک معتمد قبل از اقدام و دریافت معرفی نامه دارند:

۱. مواردی مانند کورتاژ ، علاوه بر تایید پزشک معتمد نیاز به **سونو گرافی قبل از عمل** دارد.
۲. در تمامی جراحی های فتق شکمی و فتق نافی **سونوگرافی قبل از عمل** و تاییدیه پزشک معتمد الزامیست.
۳. جهت جراحی بلفاروپلاستی (افتادگی پلک)معاینه قبل از جراحی توسط پزشک معتمد بیمه گر همراه با گزارش میدان بینایی الزامی می باشد.
۴. جراحی استرابیسم (انحراف چشم) نیاز به معاینه قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه گر دارد.

ب)مدارک لازم برای در یافت معرفی نامه دندانپزشکی:

۱. جهت صدور کلیه معرفی نامه‌های دندانپزشکی، ارائه طرح درمان از سوی دندانپزشک معالج الزامیست.
۲. معرفی نامه ارتودنسی صرفاً تا سن ۱۸ سال تمام و مشروط به ارایه OPG و با تائید دندانپزشک معتمد بیمه ملت صادر می‌گردد.
۳. جهت صدور معرفی نامه ایمپلنت، ارایه OPG و CBCT الزامیست.

ج) صورتحساب های پزشکی قابل بررسی باید دارای ویژگی های ذیل باشد:

۱. صورت حساب باید اصل باشد.
۲. مشخصات بیمه شده برروی آنها درج شده باشد.
۳. مهر مرکز درمانی پزشک معالج را داشته باشد.
۴. مبلغ هزینه ها درآن درج شده باشد.
۵. دارای تاریخ رسمی بوده و فاقد هرگونه قلم خوردگی باشد.
۶. مدارک موردنیاز هزینه بیمارستانی:
   - تصویرصفحه اول دفترچه بیمار.
   - دستور بستری بیمار با ذکر علت بستری و جراحی
   - اصل صورتحساب بیمارستانی ممهور به مهر مالی/حسابداری بیمارستان

- اصل ریزصورتحساب دارو بخش/اتاق عمل
- اصل ریزصورتحساب لوازم مصرفی بخش/اتاق عمل (هر قلم دارو و لوازم مصرفی بالای ۱،۰۰۰،۰۰۰ریال ارائه کپی فاکتور خرید بیمارستان الزامیست)
- اصل ریز صورتحساب آزمایش به همراه گزارش
- اصل ریز صورتحساب خدمات پاراکلینیکی به همراه گزارش
- اصل ریز صورتحساب هزینه تخت روز(هتلینگ)
- شرح عمل جراحی ممهور به مهر پزشک جراح ، متخصص بیهوشی و کمک جراح
- برگه بیهوشی مهر پزشک جراح ، متخصص بیهوشی
- برگ درخواست های مشاوره
- برگ دستورات پزشک
- صفحات سیر بیماری
- دستورات پرستاری
- خلاصه پرونده
- در صورت استفاده از پروتز در اتاق عمل که توسط بیمه شده خریداری شده است ضمیمه فاکتور پروتزها ممهور به مهر اتاق عمل و مهر پزشک جراح مبنی بر استفاده وسایل در اتاق عمل و الصاق اصل lable (نظیر استنت و بالون ،پیچ و پلاک و...) الزامیست. در صورت خرید پروتز توسط بیمارستان ارائه فاکتورخرید کلی بیمارستان به همراه نوع وسیله و مبلغ الزامیست.
- همچنین در صورت عدم درج سهم بیمه پایه (تامین اجتماعی،خدمات درمانی،نیروهای مسلح و...) در صورت حساب بیمارستان، بیمه شده می بایست ابتدا جهت دریافت سهم بیمه پایه خود کل پرونده بیمارستانی را به بیمه گر پایه در دفاتر اسناد پزشکی ارسال کند و پس از ممهور به مهر کپی برابر با اصل بیمه پایه و دریافت سهم بیمه پایه و الصاق رسید واریز هزینه سهم بیمه پایه جهت بررسی و دریافت سهم بیمه تکمیلی خود هزینه بیمارستانی را به نماینده این شرکت تحویل نماید.

د) تمامی اوراقی که جهت انجام ارزیابی و پرداخت پرونده ها لازم است به تفکیک نوع هزینه شامل:

- **مدارک مورد نیاز برای انجام اعمال چاقی:**
  1. برای کلیه اعمال جراحی مربوط به چاقی به هیچ عنوان معرفینامه صادر نمیگردد .
  2. جهت پرداخت هزینه های مربوطه ، می بایست BMI بیمار ۴۲ و بالاتر باشد .
  3. بیمار باید قبل از عمل اقدام به اخذ تائیدیه از پزشک معتمد بیمه گر پایه و معتمد بیمه تکمیلی نموده و پس از عمل ابتدا اقدام به اخذ سهم بیمه گر پایه نموده و سپس کپی برابر اصل پرونده ممهور به مهر بیمه گر پایه به همراه رسید پرداختی بیمه گر پایه به این شرکت ارائه نماید.(**پرداخت خسارت منوط به پرداخت سهم بیمه گر پایه می باشد**)
- **مدارک مورد نیاز برای انجام عمل سنگ شکن:**
  1. اصل صورتحساب مرکز سنگ شکن.
  2. گزارش سونوگرافی یارادیولوژی نشان دهنده سنگ
  3. شرح عمل انجام شده.

- **مدارک مورد نیاز برای انجام آنژیو گرافی:**
  1. اصل صورت حساب آنژیو گرافی.
  2. گزارش یا شرح آنژیو گرافی انجام شده
- **مدارک لازم جهت عمل گامانایف:**
  1. اصل صورت حساب مرکز گامانایف.
  2. ارائه گزارش MRIیا سی تی اسکن که نشان دهنده تومور است.
  3. گزارش یا شرح جراحی.
- **مدارک لازم جهت شیمی درمانی و رادیو تراپی:**
  1. اصل صورتحساب مرکزمربوطه مبنی بر تعداد جلسات شیمی درمانی و داروهای مورد استفاده و در مورد رادیو تراپی نیز علاوه بر تعداد جلسات تعداد شانهای رادیو تراپی ،فیلد درمانی دوزاژ اشعه ارائه گردد.
  2. نسخه داروئی با تجویز فوق تخصص انکولوژی.
  3. ارائه گزارش پاتولوژی که نشان دهنده بدخیمی باشد.
- **مدارک لازم جهت خدمات تصویر برداری:**
  1. دستور پزشک مبنی بر اقدام تصویر برداری.
  2. اصل صورت حساب مرکز درمانی که ممهور به مهر باشد.
  3. گزارش یافته های تصویر برداری.
- **مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های آزمایش:**
  1. دستور پزشک مبنی بر انجام آزمایش(چکاپ در تعهد نمی باشد).
  2. اصل فاکتور ممهور به مهر شده آزمایشگاه طبق ازمایشات درخواستی.
  3. کپی گزارش آزمایش انجام شده طبق دستور پزشک.
- **مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های فیزیوتراپی:**
  1. دستور فیزیوتراپی توسط پزشک معالج مرتبط با درج تعداد جلسات*، اندام‌ها و روش فیزیوتراپی.

***توجه: تعداد جلسات تجویز شده توسط پزشک عمومی حداکثر ۱۰ جلسه و یک اندام می‌باشد.**

***تعداد جلسات تجویز شده توسط پزشک متخصص حداکثر۲۰ جلسه و دو اندام می باشد .**

***جهت فیزیوتراپی بیش از ۲۰ جلسه ارائه MRI، CT اسکن یا نوار عصب و عضله آن ناحیه الزامیست.**

  2. اصل فاکتور ممهور به مهر مرکز فیزیو تراپی و امضاء فیزیوتراپیست که شامل تعداد جلسات به تفکیک تاریخ، تعداد اندامها و اعمال منطبق با دستور پزشک و امضاءکلیه روزهای فیزیوتراپی توسط بیمه شده
  3. جبران هزینه لیزر پرتوان بر اساس تعرفه لیزر کم توان پرداخت می گردد.
  4. مگنت تراپی ، آب درمانی و ماساژ درمانی در تعهد نمی باشد.
- **مدارک لازم جهت ویزیت ودارو:**
  1. ویزیت ها نیاز به مهر پزشک دارد تا براساس درجه علمی پزشک هزینه محاسبه گردد.

۲. نسخه دارویی بایستی دارای مهر داروخانه و مهر پزشک معالج بوده و ریز داروها به همراه مبالغ آن بصورت خوانا و مجزا روی نسخه قید گردد در صورت خوانا نبودن نسخه،ارائه پرینت دارویی معتبر الزامیست.

۳ : دستورات پزشک که به صورت اینترنتی می باشد :

ارائه اصل پرینت کامپیوتری ریز اقلام دارویی ، ممهور به مهر داروخانه که مبالغ کل ، سهم بیمه گر پایه و سهم بیمار مشخص شده باشد الزامی است درغیر اینصورت ارائه دستورات دارویی در سربرگ پزشک ضروری میباشد .

تبصره : ویزیت های آنلاین قابل پرداخت نمیباشد .

- **مدارک لازم جهت هزینه های دندانپزشکی :**

۱. به استثناء کشیدن یا ترمیم کمتر از ۳ دندان در سایر موارد ارائه OPG قبل و بعد از کار الزامیست.
۲. جهت عصب کشی و درمان ریشه: ذکر شماره دندان ،تعداد کانالها و OPG قبل و بعد از درمان ریشه ضروریست .
۳. برای ترمیم بیش از سه دندان ارائه OPG قبل و بعد ازدرمان ، ذکر شماره دندان و نوع ماده ترمیمی و تعداد سطوح الزامیست.
۴. در صورتیکه در عصب کشی یا ترمیم، تعداد سطوح یا کانال ذکر نشود هزینه یک سطحی یا یک کاناله محاسبه می‌گردد.
۵. برای جراحی دندان در نسج سخت و نرم OPG قبل و بعد از درمان ارائه گردد.
۶. جهت روکش و بریج و پروتزها OPG قبل و بعد الزامیست.
۷. تاریخ OPG انجام شده بایستی تا زمان انجام هزینه حداکثر ۳ ماه فاصله زمانی داشته باشد در غیر اینصورت هزینه قابل پرداخت نمی باشد.
۸. جهت پرداخت هزینه ایمپلنت ، ارائه هولوگرام فیکسچر و اباتمنت به همراه سایر مدارک لازم است..
۹. هزینه های دندانپزشکی بایستی در سربرگ دندانپزشک معالج که دارای مشخصات و نشانی کامل وتلفن می باشدنوشته شود.
۱۰. جهت کلیه هزینه هایی که برروی ریشه و لثه انجام می گردد بایستی OPG قبل و بعد ارائه گردد.
۱۱. جهت پرداخت هزینه ارتودنسی** ارایه OPG قبل و بعد از کار و سفالومتری الزامیست.

**** توجه: هزینه ارتودنسی صرفاً جهت افراد کمتر از ۱۸ سال و پس از تائید دندانپزشک معتمد بیمه‌گر است.**

۱۲. کلیه خدمـات زیبایی و دندان مصنوعی در تعهد نمی باشد.

"لازم به توضیح است در کلیه موارد مطرح شده در صورت درخواست دندانپزشک معتمد بیمه گر ویزیت بیمار الزامیست."

***ملاک پرداخت هزینه ها تعرفه های اعلامی از سوی سندیکای بیمه گران می باشد.**

- **مدارک لازم جهت سایر هزینه های سرپایی:**

۱. شرح کامل جراحی و نحوه بی حسی در برگه جراحی یا در سرنسخه پزشک ممهور به مهر جراح.

۲. در صورت استفاده از وسایل مصرفی ، ریز اقلام استفاده شده ارائه گردد.
۳. اگر جراحی مربوط به نمونه برداری یا برداشتن توده باشد ارائه گزارش پاتولوژی ضروری است.
۴. اگر جراحی مربوط به جا اندازی شکستگی یا در رفتگی باشد ارائه کلیشه رادیولوژی ضروری است.
۵. در جراحی های مربوط به توده پوستی ، ذکر محل و تعداد ضایعه و ارائه برگه پاتولوژی ضروری است.

سایر هزینه ها : در سایر هزینه های پزشکی ارائه اصل فاکتور ، دستور پزشک و گزارش عمل انجام شده الزامیست

- **نحوه جمع آوری اسناد خسارت:**

پیرو توضیحات داده شده مدارک از بیمه شده دریافت و برای هر کد ملی یک فرم اعلام خسارت پیوست و تکمیل گردد.

- **جهت حضور در محل بیمه گذار طبق شرح ذیل اقدام گردد:**
  - جمعیت زیر ۵۰۰ نفر هفته ای یکبار
  - جمعیت بین ۵۰۰ تا ۲۰۰۰ نفر هفته ای دوبار
  - جمعیت بالای ۲۰۰۰ نفر هفته ای سه بار

- **نحوه رسیدگی به اسناد خسارت:**

نماینده پس از دریافت اسناد درمانی بیمه‌شدگان و تشکیل پرونده با فرم اعلام خسارت، بایستی در اسرع وقت، اسناد را به مرکز ارزیابی معرفی شده تحویل نموده و مجدداً پس از ۲۴ ساعت، کلیه اسناد درمانی ارزیابی شده را اخذ نموده و در سیستم درمان ثبت نمایید.

- **جدول تعهدات، چک لیست های معرفی نامه، پاراکلینیکی و بیمارستان و نمونه فرم اعلام خسارت پیوست می‌باشد.**

جدول تعهدات بیمه گر

ردیف	نوع تعهدات	حداکثر تعهدات(ریال)	فرانشیز	توضیحات
۱	اعمال بیمارستانی و جراحی	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	جبران هزینه‌های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود (Day Care به اعمال جراحی اطلاق می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه روز باشد)
۲	اعمال جراحی مهم با احتساب بند ۱	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به‌استثنای دیسک ستون فقرات)،گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان
۳	زایمان	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	جبران هزینه های زایمان طبیعی و سزارین
۴	نازائی و ناباروری	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	جبران هزینه های اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن وIVF
۵	پاراکلینیکی(۱)	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	جبران هزینه های رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای(اسکن هسته ای و درمان رادیو ایزوتوپ)، دانسیتومتری
	پاراکلینیکی(۲)			جبران هزینه های آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولترمانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، تیلت تست،EECP، خدمات تشخیصی تنفسی (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی، الکتروانسفالوگرافی، خدمات تشخیصی یورودینامیک، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم و شنوایی سنجی
	جراحیهای مجاز سرپایی			جبران هزینه شکستگی و در رفتگی، گچ‌گیری، ختنه،بخیه،کرایوتراپی، اکسیزیون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی
	آزمایش			جبران هزینه ازمایشهای تشخیص پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی،تست های آلرژیک
۶	رفع عیوب انکساری هر چشم	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی یا دوربینی ، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد
۷	آمبولانس	۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	جبران هزینه های آمبولانس داخل و خارج شهر
8	ویزیت ودارو	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	شامل ویزیت کلیه پزشکان طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان و پرداخت دارو براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه‌گر اول و خدمات اورژانس درموارد غیربستری
9	دندانپزشکی	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	جبران هزینه خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه (به استثناء کلیه خدمات زیبایی و یک دست دندان مصنوعی).امکان استفاده بیمه شدگان از پوشش دندانپزشکی از سقف تعداد اعضا خانواده حداکثر ۴ نفر میسر می باشد
10	داروی بیماری های خاص	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰	داروی بیماری های خاص شامل MS، تالاسمی، هموفیلی و دیالیز

* مجموع تعهدات بیمه گر در مورد بندهای ۲،۱و ۷ برای هر یک از بیمه شدگان مبلغ ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ریال می‌باشد.

* ملاک توافقات شرایط خصوصی قرارداد می باشد.

بیمه ملت Mellat Insurance	**فرم چک لیست صدور معرفی نامه**	**قرارداد : دانشگاه آزاداسلامی** **تاریخ:**

نام اداره/واحد: امور مراکز طرف قرارداد/ اشخاص

تایید کننده:	**مسئول واحد:**

ردیف	شرح مدارک جهت پذیرش	مدارک ارائه شده	نتیجه ارزیابی		توضیحات عدم تایید
			تایید	عدم تایید	
۱	دستور پزشک				
۲	کپی دفترچه بیمه				
۳	کپی صفحه اول و دوم شناسنامه در خصوص زایمان				
۴	تایید پزشک معتمد در مورد برخی از اعمال جراحی نظیر بلفاروپلاستی ،استرابیسم (انحراف چشم) و....				
۵	سونوگرافی قبل از عمل و تاییدیه پزشک معتمد در صورت داشتن عمل فتق شکمی ،نافی و کورتاژ				
۶	بررسی وجود نام بیمار در پورتال				
۷	بررسی سقف تعهدات قرارداد و صدور معرفینامه				
۸	در صورت داشتن ارتودنسی، ارتودنسی صرفاً تا سن ۱۸ سال تمام و مشروط به ارایه OPG و با تائید دندانپزشک معتمد				
۹	سایر موارد				

*****توجه:برای کلیه اعمال جراحی مربوط به چاقی به هیچ عنوان معرفینامه صادر نمیگردد .**

نام و امضا تایید کننده:

بیمه ملت Mellat Insurance	**فرم چک لیست تشکیل پرونده پاراکلینیکی**	**قرارداد : دانشگاه آزاداسلامی** **تاریخ:**

نام اداره/واحد: خسارت/ اشخاص

تایید کننده:	**مسئول واحد:**

ردیف	شرح مدارک جهت پذیرش	مدارک ارائه شده	نتیجه ارزیابی		توضیحات عدم تایید
			تایید	عدم تایید	
۱	دستور پزشک				
۲	اصل یا کپی گزارش خدمت				
۳	اصل قبض صندوق				
۴	عکس opg قبل و بعد در خصوص خدمات دندانپزشکی				
۵	خدمت ارتودنسی صرفاً تا سن ۱۸ سال تمام و مشروط به ارایه OPG و با تائید دندانپزشک معتمد بیمه				
۶	ارایه OPG و CBCT برای خدمت ایمپلنت				
۷	در صورت انجام جراحی مجاز سرپایی شرح کامل جراحی و نحوه بی حسی در برگه جراحی یا در سرنسخه پزشک ممهور به مهر جراح				
۸	کپی گزارش پاتولوژی در خصوص جراحی های مجاز سرپایی				
۹	کپی صفحه اول و دوم شناسنامه و صفحه اول دفترچه در خصوص فرزندان دختر بالای ۱۸سال و پسران بالای ۲۵سال				
۱۰	کلیشه رادیو گرافی در خصوص شکستگی ها				
۱۱	برگه خلاصه پرونده در خصوص خدمات اورژانس و ریزدارو و لوازم مصرفی				
۱۲	نسخه دارویی دارای مهر داروخانه و مهر پزشک معالج و ریز دارو به همراه مبالغ و بصورت خوانا و مجزا (در صورت خوانا نبودن نسخه،ارائه پرینت دارویی)				
۱۳	سایر موارد				

نام و امضا تایید کننده:

بیمه ملت Mellat Insurance	**فرم چک لیست تشکیل پرونده بیمارستانی**	**قرارداد : دانشگاه آزاداسلامی** **تاریخ:**

نام اداره/واحد: خسارت/ اشخاص

تایید کننده:	**مسئول واحد:**

ردیف	شرح مدارک جهت پذیرش	مدارک ارائه شده	نتیجه ارزیابی		توضیحات عدم تایید
			تایید	عدم تایید	
۱	دستور پزشک مبنی بر نوع بیماری/جراحی				
۲	اصل صورتحساب ممهور به مهر بیمارستان				
۳	اصل ریز داروهای مصرفی،آزمایشات،رادیوگرافی ها و سایر خدمات پاراکلینیکی انجام شده ممهور به مهر بیمارستان				
۴	اصل شرح عمل ممهور به مهر نظام پزشکی و امضا جراح و کمک جراح و مهر بیمارستان				
۵	اصل برگه بیهوشی ممهور به مهر متخصص بیهوشی و مهر بیمارستان				
۶	اصل یا فتوکپی خلاصه پرونده برگه های سیر بیماری و دستورات پزشک				
۷	اصل گواهی پزشکان مشاور و معالج مبنی بر علت مشاوره و تعداد ویزیت ها ممهور به مهر نظام پزشکی و امضاء				
۸	اصل فاکتور خرید پروتز ها و لوازم مصرفی معتبر ممهور به مهر پزشک معالج و تایید مصرف آن تو سط جراح در اتاق عمل				
	کپی فاکتور خرید بیمارستان برای هر قلم دارو و لوازم مصرفی بالای ۱،۰۰۰،۰۰۰ریال				
۹	در صورت انجام رادیوتراپی دستورپزشک مبنی بر تعداد جلسات،تعداد فیلد و نواحی مورد نیاز و اصل گواهی مبنی بر تعداد جلسه درمان انجام شده و نوع آن، ممهور به مهر نظام پزشکی و امضاء				
۱۰	در صورت اعمال جراحی از قبیل مامو پلاستی، اسلیو یا استاپلینگ معده، بلفاروپلاستی و ژینکوماستی تاییدیه قبل از عمل از طرف پزشک بیمه پایه و پزشک معتمد بیمه تکمیلی				
۱۱	اعمال جراحی مربوط به چاقی با BMI ۴۲ و بالاتر و تاییدیه قبل از عمل از طرف پزشک بیمه پایه و پزشک معتمد بیمه تکمیلی				
۱۲	داشتن سهم بیمه پایه در صورتحساب یا رسید پرداختی بیمه پایه				
۱۳	سایر موارد				

نام و امضا تایید کننده:

بیمه ملت
Mellat Insurance

فرم ارسال هزینه های درمان سرپایی
(پاراکلینیکی، دندانپزشکی، دارو، آزمایش و ...)

تاریخ: .....

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی :	کد ملی بیمه شده اصلی :	شماره بیمه نامه : نام بیمه گزار :	تلفن تماس : کد رهگیری :

لطفاً این قسمت توسط بیمه شده تکمیل گردد.							*لطفاً دراین قسمت چیزی ننویسید.*		
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی بیمار	موضوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ هزینه	کسورات تعرفه	فرانشیز	مبلغ قابل پرداخت
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
	جمع							
پذیرش کننده:					کارشناس:			

تذکر : ۱) الزامیست کلیه اسناد ناقص در زمان پذیرش با ذکر علت عودت داده شده، بهیچ عنوان پذیرش نگردد.

بیمه ملت
Mellat Insurance

فرم ارسال هزینه های درمان سرپایی
(پاراکلینیکی، دندانپزشکی، دارو، آزمایش و ...)

تاریخ: .....

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی :	کد ملی بیمه شده اصلی :	شماره بیمه نامه : نام بیمه گزار :	تلفن تماس : کد رهگیری :

لطفاً این قسمت توسط بیمه شده تکمیل گردد.							*لطفاً دراین قسمت چیزی ننویسید.*		
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی بیمار	موضوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ هزینه	کسورات تعرفه	فرانشیز	مبلغ قابل پرداخت
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
	جمع							
پذیرش کننده:					کارشناس:			

تذکر : ۱) الزامیست کلیه اسناد ناقص در زمان پذیرش با ذکر علت عودت داده شده، بهیچ عنوان پذیرش نگردد.