فرم مدارک و هزینه های انجام شده(بیمه تکمیلی درمان)

کدملی بیمه شده اصلی : کد پرسنلی :	نام و نام خانوادگی فرد اصلی:	محل خدمت:

راهنمای ارسال مدارک دندانپزشکی

شامل: جبران هزینه های مربوط به دندانپزشکی ، کشیدن دندان جرم گیری پروساز، ترمیم پر کردن عصب کشی روکش ایمپلنت ارتودنسی جراحی لثه دندان مصنوعی درمان ریشه شکافتن آبسه دهان و خالی کردن آن در دندانپزشکی

اسناد دندانپزشکی:

۱ . برای ترمیم بیش از ۵ دندان نیاز بهOPG قبل و بعد است (طبق تفاهم نامه)
۲ . برای عصب کشی نیاز به OPG قبل وPA یا OPG بعد
۳ . پیوند لثه نیاز به فوتوگرافی از کام بیمه شده بعد از درمان
۴ . فلپ دهان نیاز به OPG قبل از درمان
۵ . در صورت استفاده از پروتز پارسیل هر سه سال یکبار با فوتوگرافی کامل به همراه کپی کارت ملی
۶ . روکشهای PFM و zirconia نیاز بهOPG قبل و بعد از درمان
۷ .نایت گارد نیاز به علت و فوتوگرافی کامل
۸ . خدمات دندانپزشکی اطفال (منظور از اطفال افراد زیر۱۵سال است) به جز روکش SSC و انواع فضا نگهدارنده نیاز به گرافی و فوتوگرافی ندارد
۹ . روکشSSCنیاز به فوتوگرافی کامل
۱۰ . منظور از فوتوگرافی تصویربرداری با گوشی موبایل است به نحوی که صورت بیمار کامال قابل رویت باشد.از خود پروتز هم خارج از دهان هم داخل دهان همراه با کارت ملی تصویر برداری شود .
۱۱ . هزینه لابراتوار قابل پرداخت نیست .
۱۲ . امکان استفاده از خدمت ارتودنسی در طی دو سال متوالی قابل تایید است .
۱۳ . در جراحی های دندان نیاز به گرافی قبل از کار می باشد .

توجه: <u>مهلت تحویل مدارک</u> : حداکثر تا ۶ ماه از پس از انجام خدمت و ۳ ماه بعد از اتمام قرارداد می باشد.

تعداد و نوع مدارک ارسالی

این قسمت توسط بیمه شده(همکار) تکمیل میگردد

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نسبت	عنوان هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ هزینه
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					

شماره همراه همکار :	تاریخ و امضا همکار