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

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

راهنمای مدارک بیمارستانـــی

مدارک مورد نیاز:

۱-صورتحساب **۲**-ریز صورتحساب دارو و لوازم مصرفی بخش و اتاق عمل**۳** - شرح حال و خصه پرونده(کپی در صورت برابر با اصل بودن بمانع است)**۴** -برگه شرح عمل جراحی **۵**- برگه بیهوشی **۶**- در صورت استفاده از موارد فوق الذکر گزارش مورد نیاز هرکدام الزامی است **۷**- فرم بیمارستانی **۸**- ریز صورتحساب آزمایش **۹**- ریز صورتحساب خدمات پاراکلینیک **۱۰** - برگه های سیر بیماری **۱۱**- کپی فاکتور خرید کلی لوازم مصرفی بیش از دو میلیون ریال **۱۲**- برگه ویزیت و مشاوره پزشک. **۱۳**- جهت دریافت هزینه **فاکتور تجهیزات** خریداری شده توسط بیمار، ارائه فاکتور خرید ممهور به مهر مرکز تجهیزات پزشکی، بیمارستان، اتاق عمل و پزشک معالج . لیبل فاکتور تجهیزات ضمیمه شود (در جراحی ستون فقرات رادیوگرافی ضمیمه گردد)

موارد نیازمند تایید پزشک معتمد قبل از اقدام و یا دریافت معرفینامه و مدارک مورد نیاز: (کلیه مواردی که احتمال جنبه غیر درمانی و یا عدم تعهد بیمه داشته باشد) از جمله:
۱.مواردی مانند **کورتاژ**، سونوگرافی قبل از عمل + تایید پزشک معتمد بیمه **۲.**تمامی جراحی های **فتق شکمی و نافی** . سونوگرافی قبل از عمل+ مراجعه خود بیمار **۳. جراحی بلفاروپلاستی**(افتادگی پلک): ارائه گزارش پریمتری یا میدان بینایی+مراجعه خود بیمار+ تایید بیمه پایه **۴. جراحی استرابیسم** (انحراف چشم): گزارش اپتومتری دارای مشخصات کامل بیمار و ممهور به مهر+ مراجعه بیمار **۵. اعمال جراحی چاقی:** مراجعه بیمار+ تایید بیمه پایه(در صورت BMI کمتر از ۴۲ و ابتلاء به دیابت کلیه سوابق پزشکی مربوط به متخصص غدد، سوابق دارویی و آزمایشگاهی مربوطه) **۶. جراحی ماموپلاستی کاهنده:** مراجعه بیمار به همراه، تایید بیمه پایه، گزارش MRI ستون فقرات، گواهی متخصص مغز و اعصاب در خصوص الزام به جراحی **۷.** بستری در نتیجه **کاهش هوشیاری، شکستگی، ضربه(تروما)**،گواهی پزشک معالج در خصوص علت آسیب یا تروما یا مشکل موجود، تریاژ اورژانس دارای علت حادثه،در صورت نیاز مستندات اولین مراجعه به مراکز درمانی . **۸. سپتوپلاستی:** تایید بیمه پایه + مراجعه بیمار+ تصویر برداری قبل از عمل

توجه: در صورت استفاده از سهم بیمه پایه، کپی برابر اصل کلیه مدارک به همراه گواهی مبلغ پرداختی توسط بیمه پایه و **در صورت انصراف از سهم بیمه پایه**، ارائه اصل کلیه مدارک + تکمیل فرم انصراف از سهم بیمه پایه الزامی میباشد.

توجه: صورتحساب بایستی دارای مشخصات صحیح و کامل بیمار بوده، فاقد مبلغ باقیمانده و ممهور به مهر واحد حسابداری باشد . **تحت هیچ شرایطی پذیرش اوراق مالی دارای مهر برابر اصل مرکز درمانی، چاپ دوم، المثنی و یا چاپ مجدد مقدور نمی باشد.**/// // /// **مهلت تحویل مدارک :** تا ۶ ماه 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					
					جمع کل :

شماره همراه همکار :	تاریخ و امضا همکار