

## راهنمای تکمیل فرم هزینه درمان

۱. کلیه قسمتهای نسخ درمانی شامل نام بیمار، تاریخ مراجعه و مبلغ ویزیت میبایست شخصاً توسط پزشک معالج تکمیل و به مهر نظام پزشکی ممهور گردد فلذا هرگونه قلم خوردگی، دوگانگی خط و هرگونه علائمی که نشان دهنده مخدوش بودن نسخ مذکور باشد قابل پرداخت نخواهد بود مگر اینکه توسط پزشک در پشت نسخه اصلاح و امضاء ممهور گردد.
۲. هزینه های مربوط به نسخ رادیولوژی، آزمایشگاه و فیزیوتراپی و ... صرفاً با دستور پزشک معالج و قبض قابل پرداخت می باشد.
۳. هزینه های مربوط به نسخ سی تی اسکن و ام.آر.آی صرفاً با دستور پزشک معالج، قبض و کپی جواب قابل پرداخت می باشد.
۴. در صورت استفاده از بیمارستانهای طرف قرارداد که با معرفی سازمان و بیمه ایران صورت میگیرد هیچگونه وجهی نباید به پزشکان معالج بیمارستان پرداخت گردد.
۵. در صورت بستری شدن در بیمارستان، هزینه همراه بیمار، داروهای غیر بیمه ای و هزینه اتاق خصوصی پرداخت نمی گردد مگر در موارد خاص، که با تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت میباشد.
۶. کلیه هزینه های بیمارستانی می بایست در فرم مخصوص صورتحساب بیمارستانی درج گردد در غیر اینصورت هزینه مربوطه طبق تعرفه پرداخت خواهد شد.
۷. هزینه های مربوط به رفع عیب مادرزادی قابل پرداخت نمی باشد.
۸. هزینه فرم عینک در صورت تغییر شماره عینک و با تجویز پزشک بطور سالیانه تا سقف تعیین شده پرداخت خواهد شد.
۹. هزینه عینک بدون دستور پزشک و فاکتور قابل پرداخت نمی باشد.
۱۰. با توجه به حجم اسناد پزشکی کارکنان و عدم امکان نگهداری مدارک مذکور مقتضی است در صورت وجود هرگونه اشکال در میزان هزینه های دریافتی مراتب را حداکثر ظرف یکماه اعلام فرمائید. بدیهی است بعد از مهلت مذکور امکان پیگیری اعتراض مقدور نخواهد بود.
۱۱. این فرم در دو نسخه تکمیل و یک نسخه آن پس از درج شماره لیست توسط اداره بیمه به عنوان رسید عودت می گردد.
۱۲. کلیه نسخ ارسالی می بایست اصل بوده و براساس هزینه های کپی خسارتی پرداخت نمی گردد.
۱۳. پرداخت هزینه های عمل چشم و عمل جراحی بینی منوط به تاکید پزشک معتمد بیمه قبل از عمل جراحی می باشد.
۱۴. چنانچه بیمه شدگان تحت پوشش بیمه های خدمات درمانی یا تأمین اجتماعی باشند می توانند فرانشیز پرداخت شده نسخ ممهور را از بیمه ایران دریافت نمایند.
۱۵. کلیه هزینه داروهای خارجی که جنبه درمانی دارند می بایست توسط پزشک متخصص تجویز گردد.
۱۶. برابر مفاد قرارداد درمانی هزینه داروهای تخصصی که توسط پزشک عمومی تجویز شده باشد فقط در صورت وجود سابقه بیماری بیمه شده و یا تجویز قبلی آن توسط پزشک متخصص قابل پرداخت است. لطفاً جهت تسریع در امر پرداخت و عدم کسر از هزینه نسخ همکاران محترم هنگام ارائه این قبیل داروها با کارشناس بیمه هماهنگی لازم بعمل آورند.
۱۷. ارائه هر دو برگه سفید و سبز دفترچه بیمه ایران جهت دریافت هزینه ویزیت الزامی می باشد
۱۸. ارائه عکس OPG قبل و بعد از انجام هزینه دندانپزشکی یا معاینه پزشک معتمد بیمه برای هزینه های بیش از ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال الزامی می باشد.

| نام و نام خانوادگی: |                    | وضعیت: شاغل <input type="checkbox"/> بازنشسته <input type="checkbox"/> ایثارگر <input type="checkbox"/> |      |            |            |              |        |  |
|---------------------|--------------------|---|------|------------|------------|--------------|--------|--|
| شماره بیمه شده:     |                    | کد ملی بیمه شده اصلی:   |      |            |            |              |        |  |
| ردیف                | نام و نام خانوادگی | کد ملی  | نسبت | شرح بیماری | مبلغ هزینه | مبلغ پرداختی | تاریخ: |  |
| ۱                   |                    |   |      |            |            |              |        |  |
| ۲                   |                    |   |      |            |            |              |        |  |
| ۳                   |                    |   |      |            |            |              |        |  |
| ۴                   |                    |   |      |            |            |              |        |  |
| ۵                   |                    |   |      |            |            |              |        |  |
| ۶                   |                    |   |      |            |            |              |        |  |
| ۷                   |                    |   |      |            |            |              |        |  |
| ۸                   |                    |   |      |            |            |              |        |  |
| ۹                   |                    |   |      |            |            |              |        |  |
| ۱۰                  |                    |   |      |            |            |              |        |  |
| امضاء بیمه شده      |                    | امضاء کارشناس بیمه  |      |            | جمع        |              |        |  |

## فرم هزینه درمان

| نام و نام خانوادگی: |                    | وضعیت: شاغل <input type="checkbox"/> بازنشسته <input type="checkbox"/> ایثارگر <input type="checkbox"/> |      |            |            |              |        |  |
|---------------------|--------------------|---|------|------------|------------|--------------|--------|--|
| شماره بیمه شده:     |                    | کد ملی بیمه شده اصلی:   |      |            |            |              |        |  |
| ردیف                | نام و نام خانوادگی | کد ملی  | نسبت | شرح بیماری | مبلغ هزینه | مبلغ پرداختی | تاریخ: |  |
| ۱                   |                    |   |      |            |            |              |        |  |
| ۲                   |                    |   |      |            |            |              |        |  |
| ۳                   |                    |   |      |            |            |              |        |  |
| ۴                   |                    |   |      |            |            |              |        |  |
| ۵                   |                    |   |      |            |            |              |        |  |
| ۶                   |                    |   |      |            |            |              |        |  |
| ۷                   |                    |   |      |            |            |              |        |  |
| ۸                   |                    |   |      |            |            |              |        |  |
| ۹                   |                    |   |      |            |            |              |        |  |
| ۱۰                  |                    |   |      |            |            |              |        |  |
| امضاء بیمه شده      |                    | امضاء کارشناس بیمه  |      |            | جمع        |              |        |  |