

فرم ارسال اسناد سرپائی و دندانپزشکی



بیمه گذار:	شماره قرارداد:	تاریخ شروع: / /
نام بیمه شده اصلی:	کد ملی بیمه شده اصلی:	تاریخ انقضاء: / /
شماره تلفن ثابت:	شماره تلفن همراه:	

* مشخصات نسخ سرپایی *	* لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید *
------------------------------	---

نام و نام خانوادگی بیمار	موضوع هزینه	تاریخ هزینه	* مبلغ هزینه (ریال) *	* تفاوت تعرفه *	* فرانشیز *	* مبلغ قابل پرداخت *	
		/ /					
		/ /					
		//					
		//					
		//					
		/ /					

<u>کارشناس پذیرش اسناد:</u>	<u>کارشناس محاسب:</u>
-----------------------------	-----------------------

<u>توضیحات:</u>	<u>کارشناس دارویی:</u>
-----------------	------------------------

<u>کارشناس تأییدکننده:</u>	کد ردیف:
	کد جراحی:



فرم آنالیز خسارت بیمارستانی

تعداد صفحه:

شماره بیمه نامه:

۱- بیمه گذار			۲- شماره پرونده خسارت		
۳- بیمه شده اصلی			۴- نام بیمار		
۶- نسبت با بیمه شده اصلی			۷- نام بیماری		
۸- نام بیمارستان			۹- تاریخ پذیرش		
۱۰- تاریخ ترخیص					
ردیف	صفحه	شرح هزینه ها	مبلغ (ریال)		هزینه های خارج از تعهد
			ردیف	صفحه	مبلغ (ریال)
۱		صورتحساب بیمارستانی	۱۱		تفاوت تخت
۲		صورتحساب پزشکان	۱۲		همراه
۳		حق الزحمه پزشک معالج	۱۳		دارو
۴		دارو و لوازم اتاق عمل	۱۴		فرانشیز بیمارستانی پزشکان
۵		خرید دارو از هلال احمر	۱۵		لوازم بهداشتی
۶		هزینه های رادیولوژی	۱۶		غذایی اضافی
۷		هزینه های آمبولانس	۱۷		تشکیل پرونده
۸		هزینه پروتز	۱۸		کسورات جراح
۹			۱۹		کسورات کمک جراح
۱۰			۲۰		بیهوشی
		جمع هزینه ها	۲۱		اتاق عمل
			۲۲		ریکاوری
		تایید پرداخت هزینه ها	۲۳		
		عنوان	نام و امضا-تاریخ		
		کنترل کننده :	۲۴		
		سقف و ثبت کاردکس	۲۵		
		محاسب	۲۶		
			۲۷		
		پزشک متعهد	۲۸		
			جمع هزینه های خارج از تعهد		
		تایید دارو- آزمایش	۲۹		
			سهم بیمه گر اولیه ()		
			سهم سایر سازمانها		
		تایید کننده نهائی	۳۰		
			سهم سایر سازمانها		
			مازاد بر سقف تعهد		
		شماره کدهای جراحی	جمع کسورات		
			جمع مبلغ قابل پرداخت به عدد		
		مجموع کد جراحی	مبلغ به حروف:		
			بیهوشی		
ملاحظات:					

ردیف	سقف تعهدات بیمه گر		سقف تعهد بیمه گر	تعهد برای	
	فراشیز	نفر		خانواده	نفر
۱	۱۰	*	۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰/-		جبران هزینه های بستری ، جراحی و اعمال جراحی Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود هزینه همراه بیمه شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد
۲	۱۰	*	۲۵۰۰۰۰۰۰۰۰/-		جبران هزینه های شیمی درمانی ، رادیوتراپی و اعمال جراحی مرتبط با سرطان ، قلب ، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع ، دیسک و ستون فقرات ، گامانایف ، پیوند کلیه ، پیوند کبد ، پیوند ریه ، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز
۳	۱۰	*	۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰/-		جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی و سزارین
۴		*	۲۰۰۰۰۰۰۰۰		درمان هزینه های نازایی و ناباروری مانند لاپاراسکوپی ، میکرواینجکشن تشخیص درمانی -IVF-IUI-GIFT-ZIFT
۵	۱۰	*	۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰/-		جبران هزینه پاراکلینیکی گروه اول شامل : انواع رادیوگرافی ، آنژیوگرافی عروق محیطی ، آنژیوگرافی چشم ، سونوگرافی ، ماموگرافی ، انواع اسکن ، ام آر ای ، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ) ، دانسیتومتری
۶	۱۰	*	۹۰۰۰۰۰۰۰۰/-		جبران هزینه پاراکلینیکی گروه دوم شامل : انواع آندوسکوپی - خدمات تشخیصی قلبی و عروقی (شامل انواع الکتروکاردیوگرافی - انواع هولترمانیتورینگ - تست ورزش - آنالیز پیس میکر - EECF - تیلت تست) خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT) خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی - NCV (EMG) الکتروانسفالوگرافی (EEG) خدمات تشخیصی یوردینامیک (نوار مثانه) خدمات تشخیصی و پرنوپزشکی چشم مانند اپتومتری - بریمتری - بیومتری و پنتاکم - شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)
۷	۱۰	*	۶۰۰۰۰۰۰۰۰/-		جبران هزینه پاراکلینیکی گروه سوم شامل : انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی (پاتولوژی و ژنتیک پزشکی ، تست های آلرژیک) - فیزیوتراپی ، نوار قلب و رادیوگرافی - گفتار درمانی و کار درمانی
۸	۱۰		۱۰۰۰۰۰۰۰۰		پاراکلینیکی گروه چهارم تشخیص ناهنجاری جنین و غربالگری و تست ژنتیک
۹	۱۰	*	۸۰۰۰۰۰۰۰۰/-		جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی ، گچ گیری ، ختنه بخیه ، کرایوتراپی ، اکسیژن یون لیپوم ، بیوپسی ، تخلیه کیست و لیزر درمانی (فهرست اعمال غیر مجاز در مطب پیوست ۱ می باشد)
۱۰	۱۰	*	۵۰۰۰۰۰۰۰۰/-		جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دوربینی ، استیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد .
۱۱	۱۰		۱۰۰۰۰۰۰۰۰		جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماس طبی یا تجویز چشم پزشکی و یا اپتومتریست با تأیید پزشک معتمد بیمه گر
۱۲	۱۰		۴۰۰۰۰۰۰۰۰		جبران هزینه دندانپزشکی بجز زیبایی - هزینه های دندانپزشکی بر اساس تعرفه سالیانه سندیکای بیمه گران ایران محاسبه و پرداخت می گردد و در صورت تشخیص و صلاح دید پزشک معتمد بیمه گر مبنی بر ضرورت معاینه بیمار جهت پرداخت هزینه مربوطه در هر مقطع زمانی معاینه بیمار توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر الزامی است
۱۳	۱۰		۲۰۰۰۰۰۰۰۰		جبران هزینه سمعک با پروتز حلزونی (کاشت حلزون) یا تجویز پزشک متخصص و با تأیید پزشک معتمد بیمه گر
۱۴	۱۰	*	۷۰۰۰۰۰۰۰۰		جبران هزینه های ویزیت - دارو (بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) ، و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری
۱۵	۰		۵۰۰۰۰۰۰۰۰		جبران هزینه های آمبولانس در بین شهر (مشروط به بستری بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج)
۱۶	۰		۳۰۰۰۰۰۰۰۰		جبران هزینه های آمبولانس داخل شهری (مشروط به بستری بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج)