

به نام خدا
درخواست هزینه های درمانی (فرم شماره ۲)

تاریخ : / /
شماره:

مشخصات بیمه شده	نام و نام خانوادگی بیمار:	(۱)
	نام و نام خانوادگی نفر اصلی: کد ملی نفر اصلی: شماره پرسنلی: منطقه:	(۲) (۳) (۴)
نوع ارتباط با بیمه شده اصلی: سرپرست: <input type="checkbox"/> همسر: <input type="checkbox"/> فرزند: <input type="checkbox"/> پدر: <input type="checkbox"/> مادر: <input type="checkbox"/>	شماره تماس: (.....)	

طبقه بندی مدارک درمانی	نوع خسارت (طبق جدول تعهدات):	هزینه های بیمارستانی (ردیف ۱ و ۲) <input type="checkbox"/> هزینه زایمان (ردیف ۳) <input type="checkbox"/> هزینه های نازائی (ردیف ۴) <input type="checkbox"/> هزینه های باراکلینیکی (ردیف ۵) <input type="checkbox"/> هزینه های تست پزشکی (ردیف ۶) <input type="checkbox"/>
	هزینه های سربانی (ردیف ۷) <input type="checkbox"/> هزینه های آزمایشگاه (ردیف ۸) <input type="checkbox"/> هزینه آمبولانس (ردیف ۹) <input type="checkbox"/> هزینه های ویزیت و دارو (ردیف ۱۰) <input type="checkbox"/> هزینه های عینک و لنز (ردیف ۱۱) <input type="checkbox"/>	
مدارک مورد نیاز که می بایست به پیوست ضمیمه بوده و ارسال گردد:		
۱- کپی صفحه اول دفترچه بیمه شده اصلی و بیمه شده فرعی:		
۲- دستور پزشک معالج (مهموز شدن نسخه با مهر پزشک شامل نام و نام خانوادگی پزشک معالج و نظام پزشکی الزامیست):		
۳- کپی جواب پزشکی (جواب آزمایش، جواب سونوگرافی، جواب رادیولوژی و ...):		
۴- اصل قبض صندوق، صورت حساب بیمارستانی:		
۵- سایر:		

توسط بیمه شده تکمیل گردد					
ردیف	نام بیمار	نسبت (به بیمه شده اصلی)	نوع هزینه	تاریخ انجام هزینه	مبلغ اظهار شده (ریال)
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					

تحويل دهنده
نام و نام خانوادگی:
امضاء:

تحويل گیرنده
نام و نام خانوادگی:
امضاء:



خدمات پزشکی

فرم شماره ۳

شماره:.....

تاریخ:.....

بسمه تعالی

(درخواست معرفی نامه درمانی)

بدینوسیله به استحضار میرساند ، اینجانب آقای / خانم با شماره پرسنلی کد ملی شاغل در منطقه شعبه خواستار دریافت معرفی نامه درمانی برای آقای / خانم نسبت کد ملی جهت بستری در مورخ / / بدلیل بیماری می باشم ، لطفا در این خصوص اقدامات لازم صورت پذیرد .

نام و نام خانوادگی:

امضاء :

تلفن :

کد مدرک: ID-W01-F03-00



خدمات پزشکی

فرم شماره ۳

شماره:.....

تاریخ:.....

بسمه تعالی

(درخواست معرفی نامه درمانی)

بدینوسیله به استحضار میرساند ، اینجانب آقای / خانم با شماره پرسنلی کد ملی شاغل در منطقه شعبه خواستار دریافت معرفی نامه درمانی برای آقای / خانم نسبت کد ملی جهت بستری در مورخ / / بدلیل بیماری می باشم ، لطفا در این خصوص اقدامات لازم صورت پذیرد .

نام و نام خانوادگی:

امضاء :

تلفن :

کد مدرک: ID-W01-F03-00



خدمات مشتریان

فرم شماره ۴

شماره:.....

تاریخ:.....

بسمه تعالی

(درخواست معرفی نامه جهت دریافت مدارک درمانی)

بدینوسیله به استحضار میرساند ، اینجانب آقای / خانم با شماره پرسنلی کد ملی..... شاغل در منطقه شعبه خواستار دریافت مدارک درمانی برای آقای / خانم نسبت کد ملی از شرکت بیمه گر که مربوط به بستری مورخ / / بدلیل بیماری می باشم ، لطفا در این خصوص اقدامات لازم صورت پذیرد .

نام و نام خانوادگی:

امضاء :

تلفن :



خدمات مشتریان

فرم شماره ۴

شماره:.....

تاریخ:.....

بسمه تعالی

(درخواست معرفی نامه جهت دریافت مدارک درمانی)

بدینوسیله به استحضار میرساند ، اینجانب آقای / خانم با شماره پرسنلی کد ملی..... شاغل در منطقه شعبه خواستار دریافت مدارک درمانی برای آقای / خانم نسبت کد ملی از شرکت بیمه البرز که مربوط به بستری مورخ / / بدلیل بیماری می باشم ، لطفا در این خصوص اقدامات لازم صورت پذیرد .

نام و نام خانوادگی:

امضاء :

تلفن :