

برگ استفاده از خدمات دندان پزشکی (ویژه مراجعه به مراکز دندان پزشکی غیر طرف قرارداد)

بیمه شده محترم پس از تکمیل این فرم، حتماً آن را به همراه نسخه دندان پزشک و گرافی و سایر مستندات به مسئول بیمه شرکت تحویل نمایید.

مهم: تهیه یکبار رادیوگرافی کل دهان (پانورکس، OPG) قبل از شروع درمان های دندان پزشکی الزامی میباشد.

اطلاعات هویتی: (تکمیل این قسمت توسط معرفی شده الزامی است) تاریخ تکمیل فرم:/...../.....
مشخصات (بیمار): نام: نام خانوادگی: تاریخ تولد:/...../..... کد ملی: نسبت با بیمه شده اصلی: تلفن همراه بیمار: شهر محل سکونت (الزامی):
مشخصات بیمه شده اصلی: نام: نام خانوادگی: کد ملی: نام واحد محل خدمت: تلفن همراه: شماره تماس (محل کار):

موسسه ارزیابان سلامت پارس
به پیوست اصل صورت حساب به همراه ضمایم مورد نیاز آن ارسال می گردد. امضاء بیمه شده اصلی:

بیمه شده ارجمند آیا خواستار دریافت اصل گرافی های قبل و بعد درمان خود می باشید؟ خیر بلی

هرگونه مشکل در صورت حساب ارسالی خود را با شماره تلفن ۰۲۱-۵۷۸۳۷۰۰۰ در میان بگذارید.

مدارک مورد نیاز برای دریافت خسارت دندان پزشکی در مراکز غیر طرف قرارداد

۱. اصل صورتحساب (فقط در سر نسخه معتبر دندانپزشک) به همراه جزییات آن شامل شرح خدمات، شماره دندان، نوع کار (تعداد سطوح، تعداد کانال ها و ...)، تاریخ، مهر و امضاء دندان پزشک، مبلغ هر خدمت (به تفکیک)

۲. در کلیه درمان ها (به استثنای جرم گیری)، رادیوگرافی قبل از درمان حتما باید بصورت کل دهان (پانورکس یا OPG) باشد. اما گرافی پس از درمان، بر اساس گستردگی درمان، می تواند کل دهان (پانورکس) یا پری اپیکال (گرافی کوچک تک دندان) باشد.

۳. نام بیمار و تاریخ باید بر روی رادیوگرافی ارسالی درج شده باشد.

نکات قابل توجه

- ✓ هزینه خدمات تأیید شده بر مبنای ضوابط مورد توافق در اسرع وقت پرداخت می شود.
- ✓ هزینه درمان هایی که جنبه زیبایی دارند، قابل پرداخت نمی باشد. (بلیچینگ، لامینیت و کامپوزیت ونیر ...)
- ✓ در مورد دست دندان (دندان مصنوعی)، پروتز متحرک آکریلی و کرم کبالت، ارسال فوتوی دهانی (عکس با گوشی موبایل از پروتز ها) الزامی است. (در نتیجه ثبت شماره تماس بیمار روی فرم ضروریست.)
- ✓ برای پرداخت هزینه ارتودنسی و ایمپلنت، در مراکز غیر طرف قرارداد، ضروری است گرافی پانورکس قبل از درمان در بازه قرارداد جاری و صورتحساب و نیز گرافی بعد از درمان ارسال گردد.
- ✓ برای پرداخت هزینه ارتودنسی و ایمپلنت، در مراکز طرف قرارداد، مرکز مذکور، از این موسسه قبل از شروع درمان تاییدیه اخذ خواهد کرد.
- ✓ همچنین در صورت عدم رعایت مفاد بندهای فوق الذکر، اسناد ارسالی قابل رسیدگی و پرداخت نمی باشند.

نام و نام خانوادگی مسئول بیمه ای: تاریخ ارسال مدارک:/...../..... امضاء و مهر: