

شماره درخواست:

صورت ریز هزینه های درمانی بیمه تکمیلی

تاریخ درخواست:

اطلاعات بیمار

نام:	نام خانوادگی:	فرزند:	کد ملی:	نسبت با بیمه شده اصلی:
------	---------------	--------	---------	------------------------

اطلاعات بیمه شده

نام:	نام خانوادگی:	فرزند:	کد ملی:	شماره پرسنلی:	کارگاه:
------	---------------	--------	---------	---------------	---------

ریز هزینه های درمانی

ردیف	شرح خدمات انجام شده	شامل	مبلغ اعلام شده	مبلغ تأیید شده (نظریه پزشک معتمد)	مبلغ تأیید نشده (نظریه پزشک معتمد)	مبلغ فرانشیز-ریال
۱	پرداخت هزینه های درمانی و بیمارستانی و اعمال جراحی	انژیوگرافی قلب، انواع سنگ شکن، عمل دیسک ستون فقرات				
۲	جبران هزینه های شش عمل جراحی مهم	جراحی تخصصی، عمل قلب، مغز و اعصاب، پیوند کلیه، مغز و استخوان، کبد، ریه				
۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین					
۴	هزینه های پاراکلینیکی (۱)	انواع اسکن، سی تی اسکن، ماموگرافی، سونوگرافی، رادیوتراپی، اندوسکوپی، اکوکاردیوگرافی، اسپیرومتري، پاپ اسمیر، ام ار آی				
۵	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	تست ورزش، نوار عضله و نوار اعصاب، نوار مغز، آنژیوگرافی چشم، رادیولوژی، فیزیوتراپی، ادیومتری (نوار گوش)، نوار قلب				
۶	هزینه های جراحی های و درمان طبی سرپایی (کمتر از ۶ ساعت بستری)	شکستگی ها، گچ گیری، بخیه، گرایوتراپی، اکسیژون، لیپوم، تخلیه کسیت، لیزر درمانی و بستری کمتر از ۶ ساعت				
۷	هزینه رفع عیوب چشم انکساری برای دو چشم					
۸	جبران هزینه های آمبولانس داخل و خارج از شهر					
۹	ویزیت					
۱۰	آزمایشگاه ... چکاپ و ژنتیک					
۱۱	نازایی					
۱۲	عینک					
۱۳	دندان پزشکی					
جمع کل - ریال						

تلفن تماس:

تاریخ:

موبایل:

امضاء: