



بیمه ایران

« فرم مدارک لازم جهت استفاده از خدمات بیمه درمان تکمیلی بیمه ایران »

۲



۳

۴

۱-۶) دستور پزشک یا اپتومتریست روی برگه دفترچه بیمه (اصل برگه اول + اصل برگه دوم)

۲-۲) اصل فاکتور عینک فروشی

۳-۷) در صورت اپتومتریست بودن برگه کامپیوتری الزامیست. به همراه مهر - تاریخ (هجری شمسی) -

۸) نام بیمار

۹



۱۰

۱۱

۲-۱۱) کار انجام شده روی دندان روی دفترچه بیمه (اصل برگه اول + اصل برگه دوم)

۲-۳۳) فاکتور دندانپزشکی با ذکر موارد انجام شده با قیمت هر واحد کار

۲-۳۴) ارائه رادیوگرافی قبل و بعد دندان (برای موارد عصب کشی و روکش دندان - پروتز PFU - و ...)

۱۵) ارائه فاکتور رادیوگرافی و دستور رادیوگرافی

۱۶

تبصه: با توجه به طرف قرارداد بودن بیمه ایران با اکثر دندان پزشکی ها ترجیحا نسبت به اخذ معرفی نامه از بیمه



۲۰



۲۱

۳-۱۱۲) پشت برگه سوم دفترچه بیمه با مهر پزشک مربوطه

۳-۱۱۳) در صورت برگه آزاد داشتن با سربرگ پزشک، نسخه پزشک که تاریخ آن با برگه آزاد تطابق داشته

باشد ضمیمه شود.

۲۵

۲۶



۲۷

۱-۱۴۸) دستور پزشک مربوطه روی برگه سوم دفترچه بیمه

۲-۱۴۹) کپی جواب

۳-۱۴۰) اصل فاکتور

توضیح: با توجه به طرف قرارداد بودن بیمه ایران با اکثر مراکز تصویر برداری و آزمایشگاه ترجیحا نسبت به اخذ



۳۴



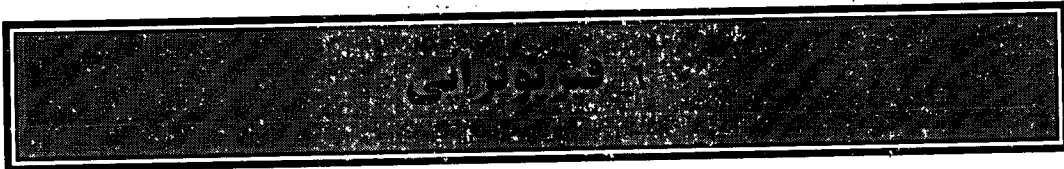
۳۵

۱-۳۵) روی برگه سوم دفترچه با مهر پزشک + مهر داروخانه + ریز قیمت داروها بطور واضح و خوانا

۲-۳۵) در صورت ناخوانا بودن برگه سوم، کپی از برگه اول گرفته شود سپس روی برگه مهر داروخانه زده

شود ۳۸

۳۹



۴۰

۱-۴۱) دستور پزشک متخصص ارتوپد روی دفترچه بطور واضح و تعداد اندام مشخص باشد.

۲-۴۱) اصل فاکتور فیزیوتراپی

۳-۴۱) برگه امضای حضور بیمار در فیزیوتراپی (مهر و امضای تعداد جلسات حضور بیمار در فیزیوتراپی)

کار تکس) ۴۴

توضیح: با توجه به طرف قرارداد بودن بیمه ایران با اکثر مراکز فیزیوتراپی، ترجیحا نسبت به اخذ معرفی نامه از

بیمه ایران اقدام گردد.



۴۸



۴۹

۴۲ اصل صورت حساب بیمارستانی ممهور به مهر مرکز درمانی و به نام بیمار

۴۲ شرح عمل

۴۳ خلاصه پرونده و برگه دستورات، پزشک

۴۴ برگه بیهوشی

۴۵ ریز هزینه مندرج در صورت حساب مانند: دارو، آزمایش، و لوازم و ....

۴۶ اصل فاکتور تجهیزات و لوازم مانند پلاتین، لنز و ....

۵۶

تبصلاً: با توجه به طرف قرارداد بودن بیمه ایران با اکثر بیمارستانهای سراسر کشور، ترجیحاً نسبت

به اخذ معرفی نامه از بیمه ایران اقدام گردد.

۵۹

۶۰

۶۱



### یادآوری ۱:

۶۲ کلیه اوراق ممهور به مهر بیمارستان باید باشد.

۶۴ در خصوص بند ۶ فوق ابتدا با اصل فاکتور جهت دریافت قسمتی از هزینه به اسناد پزشکی بیمه گر پایه

۶۵ مراجعه سپس جهت دریافت مابه التفاوت به همراه تصویر چک اسناد پزشکی و تصویر هزینه که به

۶۶ تایید بیمه گر پایه رسیده و برابر اصل گردیده مراجعه گردد.

### یادآوری ۲:

۶۸ روی کلیه اوراق هزینه بایستی نام بیمار و تاریخ بیماری بطور کامل قید گردیده و بدون خط خوردگی باشد

۶۹ (در صورت خط خوردگی بایستی توسط پزشک معالج و یا مرکز درمانی مربوطه تایید دوباره

۷۰ گردد.)

۷۲ هزینه زایمان حداکثر تا سه (۳) فرزند قابل پرداخت خواهد بود.

۷۳ جهت هزینه جراحی بینی عکس قبل و بعد از عمل الزامی می باشد.

### یادآوری ۳:

بجای دریافت کلیه هزینه ها کپی صفحه اول (عکسدار) دفترچه بیمار و بیمه شده اصلی الزامیست.



۷۷

دریافت معرفی نامه بیمارستانی

۷۸

بجای دریافت معرفی نامه بیمارستانی (قبل از بستری) بایستی دستور پزشک و یا نامه بیمارستان (که علت

بستری قید گردیده باشد) به همراه نامه بیمه گزار و تصویر صفحه اول دفترچه درمانی بیمه گر پایه ۸۰

جهت معرفی نامبرده به بیمه ایران ارائه گردد. ۸۱

تبصره ۱: جهت معرفی نامه زایمان ارائه تصویر از صفحات اول و دوم شناسنامه زوجین به همراه اصل شناسنامه الزامی نمیباشد.

تبصره ۲: در موارد اورژانسی پس از بستری در اولین روز کاری - اداری - جهت دریافت معرفی نامه با مدارک فوق مراجعه نماید.

۸۶

۸۷

دریافت معرفی نامه دندان پزشکی

۸۸

۱) مراجعه به دندانپزشک طرف قرارداد

۲) اعلام نواقص و اقدامات به ملغها و نه ها توسط دندانپزشک به همراه دندانپزشک، در صورت نیاز



بیمه ایران

« فرم مدارک لازم جهت استفاده از خدمات بیمه درمان تکمیلی بیمه ایران »

۹۱

۹۲) مراجعه بیمه شده به شرکت بیمه ایران به همراه نسخه فوق جهت دریافت معرفی نامه بهمراه

۹۳ معرفی نامه بیمه گذار و تصویر صفحه اول دفترچه بیمار

۹۴) تایید هزینه های انجام شده دندانپزشکی توسط دندانپزشک معتمد

### یادآوری ۱:

در صورتات مراجعه دندانپزشکی غیر طرف قرارداد، هزینه فوق توسط دندانپزشک معتمد شرکت بیمه

ایران تایید و حداکثر تا سقف معادل هزینه های دندانپزشک طرف قرارداد قابل پرداخت خواهد بود.

برای هزینه های دندانپزشکی گرفتن عکس رادیوگرافی قبل و بعد از اتمام کار الزامی است.

( برای موارد عصب کشی و روکش دندان - پروتز )

۱۰۰



۱۰۱

۲۰۲) دستور پزشک ( خوانا و به همراه مهر )

۲۰۳) کپی صفحه اول ( عکس دار ) دفترچه بیمه شده اصلی و بیمار

۱۰۴