

شناسه تحویل مدارک درمانی

شماره همراه	نسبت استفاده کننده با بیمه شده اصلی	نام و نام خانوادگی استفاده کننده	نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی
<p>۱. کپی برابر اصل کل مدارک درمانی که توسط سازمان بیمه گر اول برابر با اصل گردیده و کپی حواله واریزی <input type="checkbox"/></p> <p>۲. نامه شرکت مبنی بر تسویه حساب با اشاره به نام و شماره ردیف بیمه شده. <input type="checkbox"/></p> <p>۳. ارائه اصل پرونده بالینی و اصل صورت حساب و هرگونه رسید پرداخت وجه به بیمارستان. <input type="checkbox"/></p> <p>۴. تصویر دفترچه بیمه تامین اجتماعی بیمه شده. <input type="checkbox"/></p> <p>۵. ارائه نامه تعهد از بیمه گر اول به شرح مندرج در بند ۱. <input type="checkbox"/></p>			مدارک مورد نیاز هزینه های بیمارستانی
<p>۱. تصویر اصل نسخه پزشک معالج مبنی بر انجام خدمات پاراکلینیکی (آزمایش، اسکن، رادیولوژی و....) و جهت هزینه عینک اصل نسخه پزشک متخصص چشم و فاکتور تعیین نمره چشم و اصل فاکتور عینک فروشی. <input type="checkbox"/></p> <p>۲. کپی تصویر پاسخ مرکز درمانی به پزشک معالج؛ لازم به ذکر است در صورت ارائه اصل مدارک امکان عودت آن امکان پذیر نمی باشد. <input type="checkbox"/></p> <p>۴. اصل صورت حساب و یا فیش پرداختی مهمور به مهر مرکز درمانی. <input type="checkbox"/></p> <p>۵. کپی صفحه اول دفترچه بیمه شدگان تبعی در این بخش مورد نظر باشند کپی صفحه اول دفترچه بیمه شده اصلی و تبعی نیاز است. <input type="checkbox"/></p>			مدارک مورد نیاز هزینه های پاراکلینیکی