

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

بیمه شده محترم پس از تکمیل این فرم، حتماً آن را به همراه نسخه دندان پزشکی 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 خانوادگی: نام تولد:/...../..... کد ملی: نسبت با بیمه شده اصلی: تلفن همراه بیمار: شهر محل سکونت (الزامی):
مشخصات بیمه شده اصلی: نام خانوادگی: کد ملی: نام واحد محل خدمت: تلفن همراه: شماره تماس (محل کار):
مزایای مراجعه به مراکز دندان پزشکی طرف قرارداد ۱) سطح کیفی خدمات قابل ارزیابی و نظارت می باشد. ۲) برخلاف مراکز غیر طرف قرارداد که تعرفه مشخصی ندارند و ممکن است پرداختی شما بسیار بیشتر از تعرفه و مبلغ دریافتی از بیمه باشد، مراکز طرف قرارداد در چارچوب ضوابط و مقررات مصوب همکاری می نمایند. ۳) بیمه شده در مراکز طرف قرارداد فقط فرانسئیز را بابت خدمات مورد تعهد پرداخت خواهد نمود. ۴) خدمات تخصصی دندان پزشکی صرفاً توسط دندانپزشکان و مراکز منتخب دارای صلاحیت ارائه می شود. ۵) ضرورت ارائه صورت حساب و مراحل اداری جهت دریافت هزینه خدمات مرتفع می گردد. ۶) امکان پیگیری و دسترسی به پرونده سلامت دهان و دندان کلیه افراد فراهم می شود.
شرکت ارتقاء سلامت پاسارگاد 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؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی هرگونه مشکل در صورتحساب ارسالی خود را با شماره تلفن ۰۲۱-۵۷۸۳۷ 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، رویت بیمار (پس از درمان) توسط دندان پزشک معتمد الزامی است. ✓ برای پرداخت هزینه ارتودنسی و ایمپلنت، ضروری است قبل از شروع درمان، گرافی کل دهان (پانورکس، OPG)، فوتوگرافی از داخل دهان و طرح درمان توسط دندانپزشک معالج به کمیسیون ایمپلنت و ارتودنسی شرکت ارتقاء سلامت پاسارگاد ارسال گردد و پس از تأیید، درمان مربوطه انجام پذیر است. بدیهی است در صورت عدم اخذ تأییدیه کمیسیون مربوطه، هزینه های ارتودنسی و ایمپلنت قابل پرداخت نخواهد بود. ✓ 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: