

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

بیمه شده محترم پس از تکمیل هریک از بخش های این فرم بر حسب نیاز، آن را به مسئول بیمه شرکت تحویل نمایید.

تاریخ تکمیل فرم: ...../...../.....	<b>اطلاعات هویتی:</b> (تکمیل این قسمت توسط بیمه شده الزامی است)						
<b>مشخصات (بیمار):</b> نام: ..... نام خانوادگی: ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... کد ملی: ..... نسبت با بیمه شده: ..... تلفن همراه بیمار: .....							
<b>مشخصات بیمه شده اصلی:</b> نام: ..... نام خانوادگی: ..... کد ملی: ..... نام واحد محل خدمت: ..... تلفن همراه: ..... شماره تماس (محل کار): .....							
<b>مزایای مراجعه به مراکز دندان پزشکی طرف قرارداد</b>							
۱) سطح کیفی خدمات قابل ارزیابی و نظارت می باشد. ۲) تعرفه های مصوب رعایت و وجوه اضافه تحت هیچ عنوان دریافت نخواهد شد. ۳) معرفی شده فقط سهم خود از تعرفه (فرانشیز) را پرداخت خواهد نمود. ۴) خدمات تخصصی دندان پزشکی صرفاً توسط افراد 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.							
<b>پرداخت هزینه های دندان پزشکی: (نوع درخواست: دریافت خسارت درمان / ارسال طرح درمان / ارسال گرافی دندان)</b>							
ردیف	نوع درخواست	اصل صورت حساب	طرح درمان	عکس گرافی قبل از خدمت	عکس گرافی بعد از خدمت	تعداد برگ	مبلغ صورت حساب
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
شرکت ارتقای سلامت پاسارگاد به پیوست اصل صورت حساب به همراه ضمیمه 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"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر							
برای پیگیری هزینه دندان پزشکی خود با کارشناسان شرکت ارتقای سلامت پاسارگاد به شماره ۸۸۵۶۵۱۲۶ داخلی ۲ تماس حاصل نمایید							
<b>مدارک مورد نیاز برای دریافت خسارت دندان پزشکی در مراکز غیر طرف قرارداد</b>							
۱. اصل صورتحساب ( فقط در سر نسخه معتبر دندانپزشک) به همراه جزییات شرح خدمات، شماره دندان، نوع کار (تعداد سطوح، تعداد کانال ها و ...)، تاریخ، مهر و امضاء دندان پزشک، مبلغ هر خدمت (به تفکیک) ۲. رادیوگرافی قبل (حتماً OPG) و پس از درمان (OPG یا پری اپیکال) در کلیه درمان ها							
<b>نکات قابل توجه</b>							
✓ خدمات تأیید شده پس از کسر فرانشیز و بر مبنای <b>تعرفه مصوب سندیکای بیمه گران ایران</b> پرداخت می شود. ✓ هزینه درمان هایی که جنبه زیبایی دارند، قابل پرداخت نمی باشد. (بلیچینگ، لامینیت و کامپوزیت ونیر ...) ✓ در مورد <b>دست دندان، پروتز متحرک آکریلی و گرم کبالت</b> ، رویت بیمار (پس از درمان) توسط دندان پزشک معتمد الزامی است. ✓ پرداخت هزینه خدمت <b>ایمپلنت و ارتودنسی</b> مستلزم اخذ تاییدیه (کمیسون دندان پزشکی) از شرکت ارتقای سلامت پاسارگاد می باشد. ✓ نام بیمار و تاریخ باید بر روی عکس های ارسالی درج شده باشد. ✓ 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 شرکت: .....							