



شرکت خدماتی و کمک رسانی پیشگام الوند اتحاد

نوع خسارت: دندانپزشکی

آخرین ویرایش ۹۹/۰۸/۲۶

فرم اعلام خسارت درمانی

BTH-FOM-DEN-۰۲

(مخصوص بیمه شدگان)

نام بیمه گذار: شماره قرارداد:

Table with 5 columns: ردیف, نام و نام خانوادگی بیمار, نوع هزینه, مبلغ هزینه (ریال), تعداد برگ, توضیحات

توضیحات:

مدارک لازم جهت بررسی هزینه های دندانپزشکی:

- 1 جهت هزینه های ارتودنسی ارائه معاینه اولیه(گرافی قبل از درمان یا حین کار همراه با براکت و قالب گچی) الزامی می باشد؛ چنانچه بیمه شده دارای بیمه گر دیگری می باشد دریافت تأییدیه بیمه گزار اولیه ضرورت دارد.
2 جهت هزینه های اندو(ریشه درمانی) ارائه گرافی قبل و بعد از درمان الزامی می باشد.
3 جهت هزینه های ترمیم بیش از سه دندان ارائه گرافی قبل و بعد درمان الزامی می باشد.
4 جهت هزینه های روکش و بریج دندان، ارائه گرافی قبل و بعد درمان الزامی می باشد.
5 جهت هزینه های ایمپلنت، ارائه گرافی قبل و بعد درمان الزامی می باشد. (در صورت انجام پیوند استخوان ارائه سی تی اسکن ناحیه پیوند الزامی می باشد).
6 جهت هزینه های دست دندان و پلاک کرم کبات معاینه بعد از درمان الزامی می باشد.
7 جهت هزینه های جراحی اعم از افزایش طول تاج، جراحی های نهفته و جراحی های دندان عقل ارائه گرافی قبل و بعد درمان الزامی می باشد.
8 جهت هزینه های کشیدگی دندان در تعداد بیش از سه عدد ارائه گرافی قبل و بعد درمان الزامی می باشد.
9 در درمان کودکان، اعلام سن جهت گرافی الزامی می باشد. (در کودکان زیر ۸ سال ارائه گرافی الزامی نمی باشد).

این قسمت توسط بیمه شده پر گردد:

در صورت نقص مدارک درمانی به تشخیص کارشناس و یا توضیح موارد، "مدارک عیناً" جهت تکمیل به بیمه شده عودت میگردد. در صورت وجود هر گونه ابهام لطفاً با شماره تلفن ۹۱۰۰۸۴۴۸ تماس حاصل فرمایید. آیا مدارک خود را بصورت الکترونیکی در سایت درمانت ثبت کرده اید؟ جدول فوق را با توجه به توضیحات مندرج در متن و هر مورد هزینه را در یک ردیف ثبت کرده ام.

محل درج مهر شعبه/کارگزار / نماینده: نام و امضاء بیمه شده اصلی:

تلفن تماس: کد ملی: تاریخ تکمیل فرم:

بیمه شده گرامی، شما می توانید بجای ارسال مدارک خسارت درمان و انتظار برای بازپرداخت مطالب پرداختی، نسبت به درخواست معرفی نامه برای مراکز درمانی طرف قرارداد پیش از انجام کار درمانی اقدام نمایید. به این ترتیب ضمن صرفه جویی در وقت خود، هزینه کرد درمان شما نیز کاهش می یابد. شما نیز کاشش می یابد. درخواست معرفینامه بیمارستانی خود را ارسال فرمایند

آدرس: تهران-میدان ونک-خیابان ملاصدرا-خیابان شیرازی شمالی-خیابان زاینده رود غربی-پلاک ۱۴