

تاریخ:

شماره:

فرم درخواست هزینه های مازاد درمان

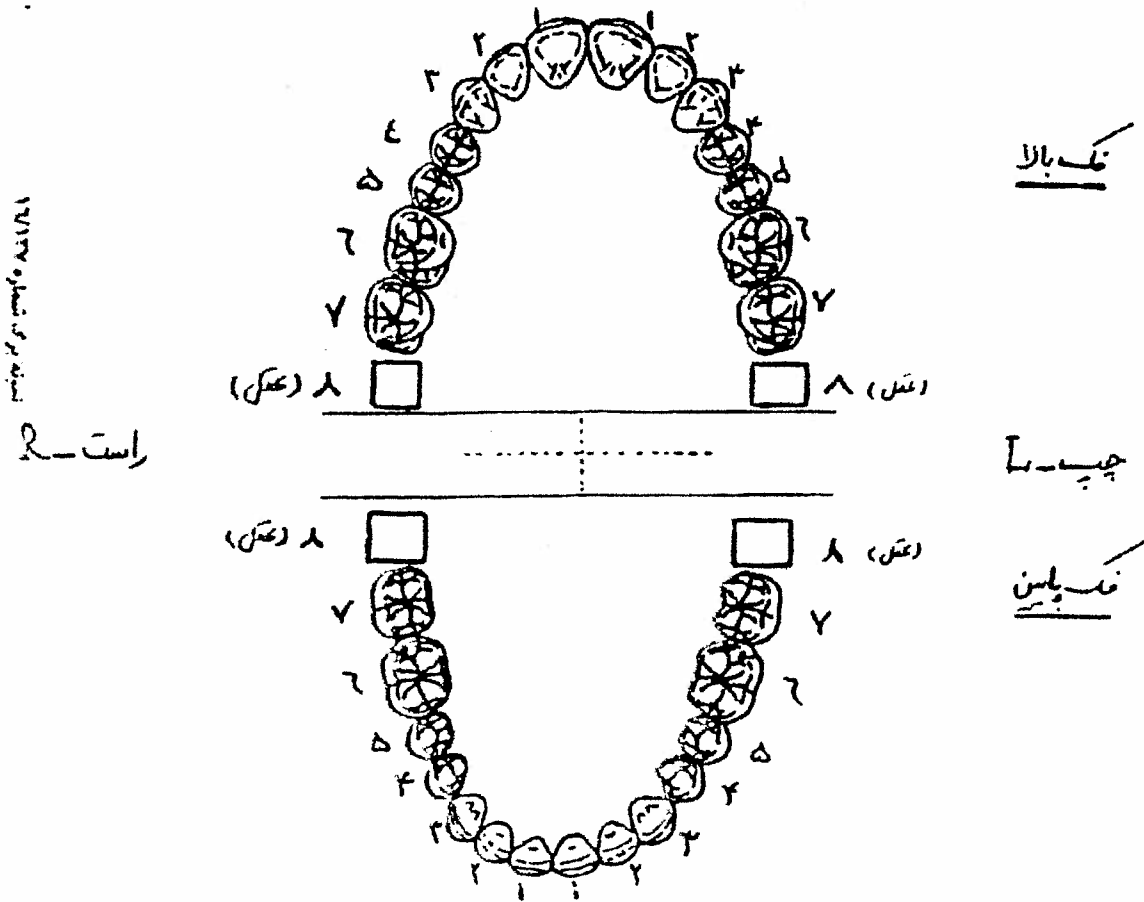
<p>اینجانب دریافت هزینه های (نوع هزینه مشخص شود) . مربوط به ریال) طبق مدارک پیوست را دارم. صندوق عادی <input type="checkbox"/> صندوق ویژه <input type="checkbox"/> تلفن تماس :</p>	<p>کارمند شاغل در قسمت</p>	<p>به شماره پرسنلی</p>	<p>درخواست</p>	<p>گرد توسط کارمند تکمیل</p>
<p>بدینوسیله گواهی می شود بیمه شده اصلی و بیمار فوق در سال گذشته و جاری نیز عضویت پوشش مازاد درمان کارکنان دانشگاه را داشته اند/نداشته اند.</p> <p>صندوق عادی } شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی بیمار</p> <p>صندوق ویژه } شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی بیمار</p> <p>شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی بیمار</p> <p>شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی بیمار</p> <p>مهر-امضاء-تاریخ:</p>				<p>توسط امور اداری تکمیل شود</p>
<p>حق بیمه متعلق طی حواله شماره ۴۲۲۹۶۲ مورخ ۹۴/۰۷/۱۳ از طریق بانک ملی به مبلغ ۱/۶۷۷/۶۰۰/۰۰۰ ریال (به حروف: یک میلیارد و شصت و هفتاد و هفت میلیون و شصت و هفت هزار ریال) به حساب سیبا ۰۱۴۱۷۱۴۱۷۰۰۹ به نام صندوق تأمین هزینه مازاد درمان کارکنان نزد بانک ملی شعبه دانشگاه آزاد واریز و رسید آن طی نامه شماره ۵۷۸۲-۳-۲۰-۰۶ مورخ ۹۴/۰۷/۱۴ به اداره کل منابع انسانی و سیاستهای رفاهی سازمان مرکزی ارسال گردیده است. مهر-امضاء-تاریخ</p>				<p>مشخصات مبلغ واریزی به حساب صندوق توسط امور مالی تکمیل شود</p>
<p>نام بیمه شده اصلی.....نام بیمار.....نوع هزینه /عمل..... تاریخ هزینه.....کد عمل جراحی.....صورت هزینه های ارائه شده به مبلغ..... ریال (به حروف).....ریال (بیمه گراول) (تامین اجتماعی) به مبلغ.....ریال (به حروف).....ریال موافقت کمیته به مبلغ.....ریال (به حروف).....ریال مهر و امضای اعضای کمیته بیمه و رفاه : دبیر بیمه و رفاه معاونت اداری مالی رییس واحد</p>				<p>نظریه کمیته بیمه و رفاه واحد</p>
<p>کسورات : مبلغ قابل پرداخت : تایید و امضاء کارشناس</p>				<p>توسط اداره کل منابع انسانی و سیاستهای رفاهی و هیئت امنای استان تکمیل گردد</p>

نمونه برگ شماره ۱۷/۱۳/۵۳

تذکره: در تعیین نوع عضویت بیمه شده در یکی از صندوقهای عادی یا ویژه نهایت دقت بعمل آید. مسئولیت هر گونه خسارت در صورت بروز مشکل بعهد دبیر کمیته بیمه و رفاه می باشد.

تاریخ:
شماره:
پست:

نام بیمه شده اصلی:		نام بیمار:	
دندانهای فک بالا		دندانهای فک پایین	
ردیف	تاریخ	صنایع برآورد	نوع هزینه
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			



توضیح: به منظور نظارت بر هزینه های انجام شده پس از پرداخت هزینه روی تصویر
شماره ۱۶/۱۳۷ برای هر یک از دندانها علامت گذاری شود.

فرم بستری شدن در بیمارستان

بیمه شده محترم خواهشمند است این فرم را پس از تکمیل به همراه صورت هزینه های انجام شده به دانشگاه آزاد اسلامی واحد تحویل فرمایید. به فرمهایی که ناقص تکمیل شود و یا فاقد مدارک باشد ترتیب اثر داده نخواهد شد.

توسط واحد دانشگاهی تکمیل شود	<p>نام و نام خانوادگی بیمار</p> <p>تاریخ تولد</p> <p>روز</p> <p>ماه</p> <p>سال</p> <p>شماره شناسنامه</p> <p>تاریخ</p> <p>شروع پوشش بیمه</p> <p>ساکن شهرستان</p> <p>نسبت با بیمه شده اصلی</p> <p>گواهی</p> <p>می شود نامبرده بیمه شده اصلی/افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی با شماره پرسنلی</p> <p>شماره شناسنامه</p> <p>نام</p> <p>پدر تاریخ تولد</p> <p>روز</p> <p>ماه</p> <p>سال</p> <p>در تاریخ</p> <p>استخدام و از تاریخ تحت پوشش صندوق</p> <p>تامین هزینه مازاد درمان قرار گرفته و تا زمان بستری شدن تحت پوشش صندوق مذکور بوده است. نام وی در صفحه ردیف صورت اسامی بیمه شدگان درج گردیده است. ضمناً علت بستری شدن نامبرده بیماری/حادثه بوده است.</p> <p style="text-align: center;">امضاء بیمه شده اصلی:</p> <p style="text-align: center;">تاریخ و مهر و امضاء واحد:</p>
توسط پزشک معالج تکمیل شود	<p>گواهی می شود خانم/آقای</p> <p>اینجانب دکتر</p> <p>شهرستان</p> <p>تلفن</p> <p>جهت بستری شدن به بیمارستان</p> <p>شهرستان</p> <p>تاریخ تولد</p> <p>نام پدر</p> <p>به شماره شناسنامه</p> <p>به شماره نظام پزشکی</p> <p>ساکن</p> <p>معرفی</p> <p>گردیده است.</p> <p>علت بستری شدن و معالجات انجام شده به شرح زیر بوده و ضمناً این عارضه مادرزادی می باشد/نمی باشد.</p> <p>نوع عمل جراحی:</p> <p>کد جراحی:</p> <p>(با توجه به کتاب کالیفرنیا مشخص شود)</p> <p style="text-align: center;">مهر و امضاء پزشک معالج:</p>
توجه: خواهشمند است برای ثبت مشخصات بیمار از کارت شناسایی معتبر استفاده فرمایید.	
توسط بیمارستان تکمیل شود	<p>گواهی می شود خانم/آقای</p> <p>طبق معرفی پزشک معالج نامبرده دکتر</p> <p>تاریخ</p> <p>معرفی و از تاریخ</p> <p>لغایت</p> <p>به مدت</p> <p>ریال(به حروف)</p> <p>جمعاً مبلغ</p> <p>به شماره شناسنامه</p> <p>بعلت ابتلاء به بیماری/حادثه</p> <p>روز بستری و تحت معالجه قرار گرفته و طبق صورت حسابهای پیوست</p> <p>ریال از وی دریافت گردیده است.</p> <p style="text-align: center;">درجه ارزشیابی بیمارستان:</p> <p style="text-align: center;">مهر و امضاء مجاز بیمارستان:</p>
<p>با توجه به اینکه بررسی خسارت بر اساس مندرجات فوق می باشد. لذا مسئولیت هر گونه اظهارات خلاف واقع متوجه امضاء کننده خواهد بود. در صورتیکه بیمه شده بعلت حادثه در بیمارستان بستری گردیده مدرک مستند مبنی بر نحوه، علت و تاریخ وقوع حادثه می بایست پیوست این فرم گردد.</p>	