



تاریخ تحویل:

1- بیمه شده

به پیوست تعداد برگ اسناد و مدارک به شرح مندرج در نیل بابت هزینه های درمانی آقای / خلم با کد ملی (همسر/فرزند/پدر/مادر) اینجانب بیمه شده اصلی شماره تماس جهت بررسی و ارسال به بیمه ملت تقدیم می گردد.

نام و نام خانوادگی / تاریخ و امضاء

توجه: ردیفهای مربوط به نوع هزینه ،تعداد برگه و مبلغ اعلام شده توسط بیمه شده اصلی تکمیل گردد.

توجه: هر برگ اعلام خسارت مربوط به یک بیمه شده می باشد.

| ردیف | نوع هزینه های انجام شده | تعهدات | تعداد برگه | مبلغ اعلام شده بیمار | مبلغ تانید شده قابل پرداخت | توضیحات کسور |
|------|---|---|---|----------------------|----------------------------|--------------|
| 1 | پرداخت هزینه های درمان جراحی و بیمارستانی و اعمال جراحی | جبران هزینه های بستری و جراحی ، آنژیوگرافی قلب، هزینه عمل دیسک ستون فقرات، گامانایف، شیمی درمانی به شرط بستری شدن، رادیوتراپی ، انواع سنگ شکن به شرط بستری شدن در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود یا DAY CATR (به اعمال جراحی اطلاق می شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه روز باشد) | | | | |
| 2 | جبران هزینه های عمل جراحی مهم با احتساب بند 1 | اعمال جراحی مربوط به سرطان ، مغز و اعصاب مرکزی ، نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات) ، گامانایف، قلب، پیوند کبد، پیوند ریه، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان | | | | |
| 3 | جبران هزینه زایمان جبران هزینه نازاری | طبیعی و سزارین جبران هزینه های اعمال جراحی مرتبط ZIFTt ، GIFT ، IUI ، ITSC ، میکرو اینجکشن و IVF | | | | |
| 4 | هزینه پاراکلینیک 1 | سونوگرافی (غیر از سونوگرافی ناهنجاری های جنین و غربالگری) ، ماموگرافی ، انواع اسکن ، سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی ، ام آرای، اکوکاردیوگرافی، دانسیتومتری، آسترس اکو | | | | |
| 5 | هزینه پاراکلینیک 2 | جبران هزینه های آندوسکوپی ، خدمات تشخیص قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، تست ورزش ، تست تنفس ، نوار عصب عضله، نوار مغز ، نوار مثانه (سیستومتری، سیستوگرام) شنوایی سنجی بینیایی سنجی، آنژیوگرافی چشم ، هولتر مانیتورینگ قلب، پنتاکم دو چشم | | | | |
| 6 | جراحی های مجاز | جبران هزینه شکسته بندی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، بیوبسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی | | | | |
| 7 | هزینه آزمایشگاهی | کلیه خدمات آزمایشگاهی (بغیر از چکاپ و آزمایشات مربوط به ناهنجاری جنین و غربالگری) شامل آزمایش های تشخیص پزشکی، پاتولوژی، آسیب شناسی ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک، انواع رادیوگرافی به شرط استفاده از سهم بیمه گر پایه ، رادیوگرافی آزاد با کسر 30 درصد فرانشیز، نوار قلب و فیزیوتراپی | | | | |
| 8 | هزینه های رفع عیوب چشم | جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم به میزان 3 دیوپترو بیشتر برای هر دو چشم | | | | |
| 9 | هزینه های آمبولاس | فوریت های پزشکی منجر به بستری | | | | |
| 10 | ویزیت | حق الزحمه پزشکان، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری | | | | |
| 11 | دارو | دارو های مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر | | | | |
| 12 | خرید عینک و لنز طبی (هر دو سال یکبار) | خرید عینک و لنز طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست | | | | |
| 13 | دندانپزشکی | جبران هزینه خدمات دندان پزشکی شامل خدمات کشیدن جرمگیری بروساز ترمیم پرکردن درمان ریشه و روکش | | | | |
| | | جمع | | | | |
| | | مهر و تأیید ارزیاب: | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> | | | |
| | | کد رهگیری: | | | | |