

صورت حساب استفاده از خدمات دندان پزشکی (ویژه مراجعه به مراکز دندان پزشکی غیر طرف قرارداد)

لطفاً پس از تکمیل این فرم توسط شما و دندانپزشک معالج، حتماً آن را به همراه گرافی و سایر مستندات به مسئول بیمه شرکت تحویل نمایید.
مهم: تهیه یکبار رادیوگرافی کل دهان (پانورکس، OPG) قبل از شروع اولین درمان های دندان پزشکی الزامی می باشد.

اطلاعات هویتی: (تکمیل این قسمت توسط معرفی شده الزامی است) تاریخ تکمیل فرم: / /
مشخصات (بیمار):

نام: نام خانوادگی: تاریخ تولد: / / کد ملی: نسبت با بیمه شده اصلی:
تلفن همراه بیمار: شهر محل سکونت (الزامی):
مشخصات بیمه شده اصلی:

نام: نام خانوادگی: کد ملی:
نام واحد محل خدمت: تلفن همراه: شماره تماس (محل کار):

مدارک مورد نیاز برای دریافت هزینه:

لطفاً این قسمت را حتماً به دندانپزشک خود نشان دهید تا قبل یا بعد از درمان مدارک مورد نیاز را تهیه و به شما ارائه کند.

- تکمیل بخش آخر فرم زیر به همراه جزئیات خدمات شامل شماره دندان، نوع کار (تعداد سطوح، تعداد کانال ها و ...)، تاریخ، مبلغ هر خدمت و مهر و امضاء دندانپزشک
- در کلیه درمان ها (به استثنای جرم گیری)، اولین رادیوگرافی قبل از درمان ها حتماً باید به صورت کل دهان (پانورکس یا OPG) باشد؛ اما گرافی پس از درمان، بر اساس گستردگی درمان، می تواند کل دهان (پانورکس) یا پیری اپیکال (گرافی کوچک تک دندان) باشد.
- 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 نیست. (بلیچینگ، لامینیت و کامپوزیت ونیر ...)
- هزینه پانورکس و سفالومتری از محل خدمات پاراکلینیک پرداخت می شود.
- هزینه جرم گیری صرفاً در مراکز طرف قرارداد پرداخت می شود.
- در مورد دست دندان (دندان مصنوعی)، پروتز متحرک آکریلی و کرم کبالت، معاینه بیمار (پس از درمان) توسط دندان پزشک معتمد الزامی است.
- برای پرداخت هزینه ارتودنسی (فقط شامل فرزندان می باشد) 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.
- در صورت عدم رعایت مفاد بندهای فوق الذکر، اسناد ارسالی قابل رسیدگی و پرداخت نمی باشند.

قسمت زیر توسط دندانپزشک شما تکمیل می گردد.

شرح درمان:	نام دندان پزشک:

	شماره تماس مطب:

	تاریخ انجام کار:

	آدرس مطب / درمانگاه:

اینجانب اصل صورت حساب به همراه ضوابط مورد نیاز آن بشرح فوق الذکر را جهت ارزیابی به شرکت ارتقاء سلامت پاسارگاد ارسال می نمایم.

نام و نام خانوادگی مسئول بیمه ای: تاریخ ارسال مدارک: / / امضاء و مهر:

آدرس: شهرآرا، خیابان ملکوئی، خیابان امین، خیابان مهتاب، کوی ماه، پلاک ۳ شماره تماس: ۵۷۸۳۷۰۰۰ صندوق پستی: ۱۴۶۵۵-۴۷۹

فهرست مراکز دندان پزشکی طرف قرارداد در وب سایت آسپا قرار دارد: www.phpco.ir