

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: پرداخت هزینه های درمان بازنشستگان و ۲- شناسه خدمت (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)		۱- عنوان خدمت: پرداخت هزینه های درمان بازنشستگان و ۲- شناسه خدمت (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)	
نام دستگاه اجرایی: صندوق بازنشستگی کشوری		نام دستگاه مادر: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	
شرح خدمت پس از انعقاد قرارداد بیمه تکمیلی درمان بازنشستگان و موظفین، امکان دریافت هزینه های درمانی مازاد بر بیمه پایه (خسارت) بر اساس خدمات و سقف تعهدات تعیین شده در قرارداد فیما بین برای بیمه شدگان وجود دارد که به دو روش ذیل قابل پرداخت است: خسارت مستقیم (خسارت متفرقه): هزینه های تشخیصی، درمانی مورد تعهدی است که راساً توسط بیمه شده پرداخت و اسناد آن جهت رسیدگی و پرداخت به بیمه گر ارائه می گردد خسارت غیر مستقیم (مراکز طرف قرارداد): هزینه های تشخیصی، درمانی مورد تعهدی است که مدارک آن مستقیماً از سوی مراکز تشخیصی، درمانی طرف قرارداد برای بیمه گر ارسال تا وفق قرارداد منعقد با آن مرکز مورد رسیدگی قرار گرفته و توسط بیمه گر در وجه مرکز مزبور پرداخت می گردد			
نوع خدمت <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C) <input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B) <input type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)		مشترکین صندوق نوع مخاطبین	
ماهیت خدمت <input type="checkbox"/> حاکمیتی <input checked="" type="checkbox"/> تصدی گری			
سطح خدمت <input checked="" type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> روستایی			
رویداد مرتبط با: <input type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> مالیات <input type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت			
نحوه آغاز خدمت <input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص			
مدارک لازم برای انجام خدمت ۱- گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری یا عمل جراحی ۲- تصویر کارت ملی بیمه شده اصلی، شناسنامه و دفترچه بیمه شده اصلی و بیمار. ۳- برای فرزندان اناث، ارائه اصل و کپی صفحات اول و دوم شناسنامه و فرزندان ذکور ۲۲ تا ۲۵ سال، ارائه گواهی تحصیلی الزامی است. (دانشجویان مقطع دکتری تا پایان سن ۲۶ سالگی) مدارک لازم برای دریافت هزینه خسارت درمان متفرقه الف: خدمات بستری • اصل صورتحساب بیمارستان و پزشکان ممهور به مهر بیمارستان و یا مرکز درمانی. • اصل گواهی پزشک مبنی بر نوع عمل جراحی و یا خدمات درمانی انجام شده (در خصوص جراحی الزاماً شرح عمل ممهور به مهر و امضای پزشک). • اصل گواهی سایر پزشکان معالج و مشاور ممهور به مهر و امضاء پزشکان. • اصل و کپی شناسنامه و صفحه اول دفترچه بیمه سلامت بیمار. • اصل گواهی پزشک مبنی بر بیهوشی یا برگه بیهوشی اتاق عمل ممهور به مهر پزشک بیهوشی دهنده. • اصل برگه های مشاوره انجام شده که شامل درخواست پزشک معالج مبنی بر علت مشاوره و جواب پزشک مشاوره دهنده می باشد. (ممهور به مهر هر دو پزشک) • اصل ریز خدمات پاراکلینیک و گزارش آزمایشات رادیولوژی، سی تی اسکن، MRI و • اصل نسخ دارویی، ریز لوازم مصرفی، فاکتور پروتزها (ممهور به مهر جراح و مرکز درمانی و مهر اطاق عمل مبنی بر استفاده پروتز). • سایر مدارک با توجه به صورتحساب مرکز درمانی. در صورت دریافت سهم بیمه پایه سلامت و یا شرکت بیمه تکمیلی و یا موسسه که اصل مدارک را دریافت و مبلغ پرداختی بابت هزینه های پزشکی را گواهی نموده است کپی مدارک فوق الذکر ارائه گردد. • صفحه اول دفترچه بیمه پایه سلامت بیمه شده اصلی و بیمار. • گواهی دانشجویی با توجه به سن فرزندان ذکور، اصل و کپی صفحه اول و دوم شناسنامه فرزندان اناث خدمات تشخیصی، درمانی سرپایی • برگ درخواست پزشک معالج ممهور به مهر نظام پزشکی (چنانچه پزشک معالج و پزشک انجام دهنده خدمت یک نفر باشد نیاز به ارائه درخواست نمی باشد). • گواهی مبلغ پرداختی ممهور به مهر مرکز ارائه دهنده خدمت. • کپی گزارش خدمات انجام شده. • کپی صفحه اول دفترچه بیمه پایه سلامت بیمه شده اصلی و بیمار. • گواهی دانشجویی با توجه به سن فرزندان ذکور، اصل و کپی صفحه اول و دوم شناسنامه فرزندان اناث. حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه های درمانی (بیمارستانی، پاراکلینیکی) تا ۶ ماه پس از پایان قرارداد است.		۳- مشخصات خدمت	

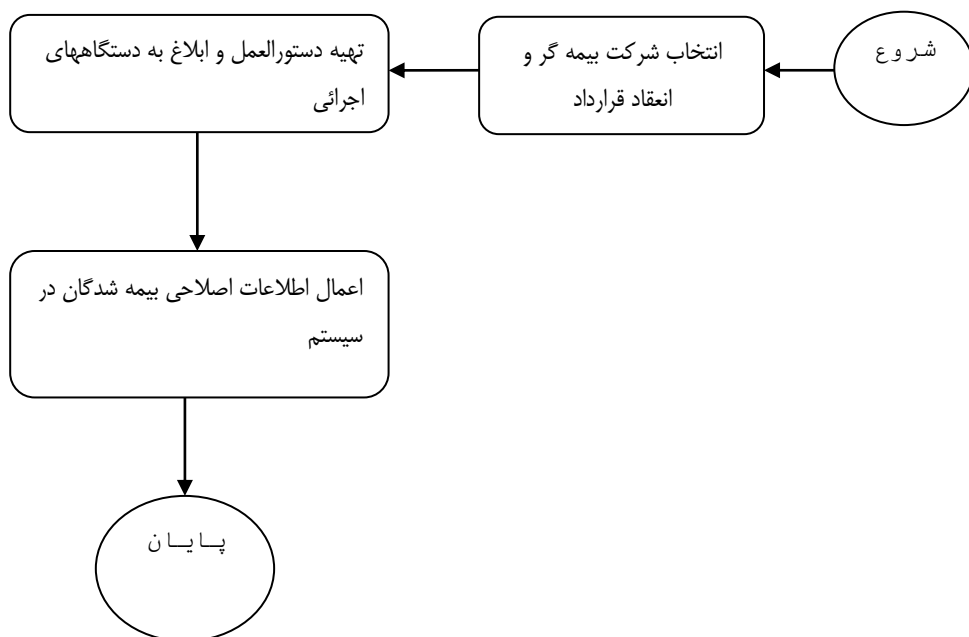
بررسی پرونده های بیمه تکمیلی مشترکین صندوق:

مراجعه به مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد شرکت بیمه گر:

۱. اخذ معرفینامه از شرکت بیمه گر
۲. مراجعه به بیمارستان یا مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد با شرکت بیمه گر به همراه معرفینامه

مراجعه به مراکز غیرطرف قرارداد شرکت بیمه گر:

۱. مراجعه به مراکز غیر طرف قرارداد بیمه گر و پرداخت هزینه درمان توسط بازنشستگان و موظفین
 ۲. ارائه مدارک به شرکت بیمه گر
 ۳. بررسی مدارک، تعیین مبلغ قابل پرداخت، صدور حواله و ارسال پیامک جهت مراجعه به بانک
- مراجعه بیمه شده و دریافت حواله و مراجعه به بانک عامل جهت اخذ وجه



نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:	تلفن:	پست الکترونیک:	واحد مربوط:
-------------------------------------	-------	----------------	-------------