



کد مدرک: 08 FM 005 02	بیمه نامه
تاریخ: شماره:	صدور اولیه دفترچه خویش فرما برنامه ملی بیمه درمان ایرانیان

در این قسمت چیزی ننویسید. ↓

شماره بیمه شده:

الف: بیمه گروهی بیمه خانوار بیمه انفرادی

نام مؤسسه بیمه گزار:

۱- مشخصات سرپرست: نام خانوادگی: نام:

نام پدر:

تاریخ تولد: جنسیت: مذکر مؤنث وضعیت تاهل: متأهل مجرد

شماره شناسنامه: شماره مسلسل شناسنامه: / شماره (کد) ملی:

شماره فیش تاریخ فیش مبلغ واریزی فیش مبلغ تخفیف

بیماری خاص: تالاسمی هموفیلی MS دیالیزی پیوند کلیه اهداءکننده کلیه

محل سکونت: استان شهرستان بخش شهر خیابان کوچه پلاک کدپستی: تلفن ثابت با کد: * تلفن همراه:

محل کار: استان شهرستان بخش شهر خیابان کوچه پلاک کدپستی: تلفن ثابت با کد: * تلفن همراه:

۲- مشخصات سایر اعضای خانواده

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	نوع وابستگی	شماره شناسنامه	سری و سریال شناسنامه	محل صدور	شماره ملی	تاریخ تولد روز/ماه/سال	نسبت	جنسیت	بیماری خاص	ملاحظات
۱									/ /				
۲									/ /				
۳									/ /				
۴									/ /				
۵									/ /				

۳

<p>۳- الف) با اطلاع و پذیرش ضوابط و شرایط تعیین شده سازمان بیمه سلامت ایران در ظهر برگ، ضمن تأیید صحت اطلاعات تکمیل شده، اعلام می نمایم که فاقد هر گونه پوشش بیمه ای (به همراه خانواده) می باشم.</p> <p>نام و نام خانوادگی سرپرست / مؤسسه بیمه گزار تاریخ و امضاء:</p>	<p>۳- ب) بر اساس استعلام از بانک اطلاعات ایرانیان، نامبرده واجد شرایط دریافت دفترچه بیمه برنامه ملی بیمه ایرانیان می باشد. <input type="checkbox"/> نمی باشد. <input type="checkbox"/></p> <p>مهر و امضاء مرجع تأیید کننده:</p>	<p>۳- ج) از نظر درآمد بلامانع است.</p> <p>امضاء - واحد درآمد توضیحات:</p>	<p>۳- د) در رایانه ثبت شد.</p> <p>مهر و امضاء - واحد بیمه گری تاریخ:</p>
--	---	---	--

قوانین و ضوابط بیمه ملی ایرانیان

- این قرارداد براساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۷۳/۸/۳ مجلس شورای اسلامی و ضوابط اجرایی آن بین سازمان بیمه سلامت ایران بعنوان بیمه گر و بیمه گزار با مشخصات مندرج در فرم بیمه نامه منعقد می گردد.
- مشمولین این قرارداد عبارتند از صاحب / صاحبان مشخصات به شرح فرم بیمه نامه که مجموعاً در این قرارداد بعنوان بیمه شده از ایشان نامبرده می شود و استفاده کننده از مزایای بیمه منحصراً صاحب / صاحبان مشخصات مذکور می باشند.
- هزینه های مربوط به چاپ و صدور دفاتر بیمه بعهدہ بیمه شده خواهد بود.
- خدمات درمانی مورد تعهد موضوع این قرارداد با استناد به ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی عبارتند از : پرداخت هزینه کلیه خدمات سرپایی (ویزیت، دارو و خدمات پاراکلینیکی و ۰۰۰) و خدمات بستری طبق تعرفه ها و مصوبات شورای عالی بیمه و ضوابط جاری سازمان در مراکز تشخیصی - درمانی طرف قرارداد.
- در صورت وارد آمدن هر گونه خسارت ناشی از عدم استفاده صحیح از دفترچه بیمه، بیمه گر مجاز به دریافت خسارت وارده طبق ضوابط یا اعمال قوانین تعیین شده خواهد بود.
- ملاک عمل بیمه گر مطابق آخرین قوانین ابلاغی از سوی سازمان بوده و جهت اخذ هر گونه راهنمایی می توانید به ادارات بیمه سلامت مراجعه فرمایید.
- بیمه شدگان عزیز می باید برای دریافت خدمات درمانی منحصراً به مراکز تشخیصی و درمانی طرف قرارداد سازمان در سراسر کشور مراجعه نمایید، دریافت لیست موسسات طرف قرارداد از ادارات بیمه یا کسب اطلاع از مراکز هنگام مراجعه ضروری می نماید، در غیر اینصورت هیچگونه ادعایی از سوی بیمه شده مبنی بر بی اطلاع بودن از موضوع پذیرفته نخواهد شد.

نکات مهم و قابل توجه

بیمه شده گرامی :

- دفترچه بیمه به منزله پرونده و حاوی سوابق محرمانه پزشکی شما می باشد ، پس آن را در اختیار غیر قرار ندهید.
- به پزشک خود اعتماد داشته باشید و از درخواست تجویز دارو و خدمات تشخیصی - درمانی اضافه خودداری نمایید.
- در هر بار ویزیت و تجویز دارو یا آزمایش، فقط نسخه پزشک(یک برگ) از دفترچه جدا می گردد.
- چنانچه خدمات جانبی از قبیل شستشوی گوش، گچ گیری، شکستگی، نوار قلب، نوار مغز و ۰۰۰ توسط پزشکان محترم انجام می گیرد نسخه داروخانه و پزشک بطور همزمان (دو برگ) از دفترچه جدا می گردد.
- نسخ دارویی تا سقف ریالی مشخص توسط داروخانه ها پذیرفته می شود، از این رو نسخ بالاتر از سقف پس از تایید اداره کل بیمه سلامت استان قابل پذیرش است؛ با توجه به الزام در تایید بعضی از خدمات پاراکلینیک لطفاً اطلاعات لازم را از پزشکان محترم و یا موسسات پاراکلینیک دریافت نمایید.
- صدور دفاتری که زودتر از سه ماه اوراق آن به اتمام رسیده است منوط به تأیید پزشک معتمد یا کمیته فنی اداره کل استان خواهد بود.
- در موارد افزایش و یا کاهش عائله، موارد را جهت کسر یا عدم کسرحق بیمه ونیز صدور یا ابطال دفترچه به مؤسسه بیمه گزار خود اطلاع دهید.
- نسبت به اخذ ضوابط بیمه و آگاهی از آن به بیمه گزار خود مراجعه نمایید.