



سازمان پیر سلامت ایران
اداره کل پیر سلامت استان زنجان

بیمه نامه

کد مدرک : 08 FM 005 02

صدور اولیه دفترچه خویش فرما برنامه ملی بیمه درمان ایرانیان

تاریخ :

شماره :

در این قسمت چیزی ننویسید ↓

شماره بیمه شده :

الف : بیمه گروهی بیمه خانوار بیمه انفرادی

نام مؤسسه بیمه گزار :

۱- مشخصات سرپرست :

نام :

نام خانوادگی :

نام پدر :

تاریخ تولد :

جنسیت : مذکر مؤنث وضعیت تاهل : متأهل مجرد

شماره شناسنامه :

شماره مسلسل شناسنامه :

شماره (کد) ملی :

شماره شناسنامه :

شماره فیش

تاریخ فیش

مبلغ واریزی فیش

مبلغ تخفیف

بیماری خاص : تالاسمی هموفیلی

MS

دیالیزی

پیوند کلیه

اهداء کننده 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)

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------------|
| ۳- الف) با اطلاع و پذیرش ضوابط و شرایط تعیین شده سازمان بیمه سلامت ایران در ظهر برگ، ضمن تایید صحت اطلاعات تکمیل شده، اعلام می نمایم که فاقد هرگونه پوشش بیمه ای (بسه همراه خانواده) می باشم. | 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"/> | ۳- ج) از نظر درآمد بلامانع است | ۳- د) در رایانه ثبت شد. |
| نام و نام خانوادگی سرپرست / مؤسسه بیمه گزار تاریخ و امضاء : | مهر و امضاء مرجع تایید کننده : | امضاء - واحد درآمد | تاریخ : مهر و امضاء - واحد بیمه گری |

این فرم در دو نسخه تکمیل گردیده که هر دو نسخه حکم واحد دارند.

ما می خواهیم اگر کسی در خانواده ای مریض شد ، آن خانواده بیش از رنج مریض داری ، رنج دیگری نداشته باشد . «مقام معظم رهبری»

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 منحصرأ صاحب / صاحبان مشخصات مذکور می باشند .
- هزینه های مربوط به چاپ و صدور دفاتر بیمه بعهدده 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) 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 هرگونه 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 هرگونه راهنمایی می توانید به ادارات بیمه سلامت مراجعه فرمایید .
- بیمه شدگان عزیز می باید برای دریافت خدمات درمانی منحصرأ به مراکز تشخیصی و درمانی طرف قرارداد سازمان در سراسر کشور مراجعه نمایند ، دریافت لیست مؤسسات 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 توسط پزشکان محترم انجام می گیرد نسخه داروخانه و پزشک بطور همزمان (دوبرگ) از دفترچه جدا می گردد .
- نسخه دارویی تا سقف ریالی مشخص توسط داروخانه ها پذیرفته می شود ، از این رو نسخه بالاتر از سقف پس از تایید اداره کل بیمه سلامت استان قابل پذیرش است ؛ با توجه به الزام در تایید بعضی از خدمات پاراکلینیکی لطفاً اطلاعات لازم را از پزشکان محترم و یا مؤسسات پاراکلینیکی دریافت نمایید .
- صدور دفاتری که زودتر از سه ماه اوراق آن به اتمام رسیده است منوط به تایید پزشک معتمد یا کمیته فنی اداره کل استان خواهد بود .
- در موارد افزایش و یا کاهش عائله ، موارد را جهت کسر یا عدم کسر حق بیمه و نیز 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 .