

فرم بستری شدن در بیمارستان

بیمه شده محترم خواهشمند است این فرم را پس از تکمیل به همراه صورت هزینه های انجام شده به دانشگاه آزاد اسلامی واحد تحویل فرمائید . به فرمهایی که ناقص تکمیل شود و یا فاقد مدارک باشد ترتیب اثر داده نخواهد شد .

توسط واحد دانشگاهی تکمیل شود	<p>نام و نام خانوادگی بیمار تاریخ تولد روز ماه سال شماره شناسنامه تاریخ شروع</p> <p>پوشش بیمه ساکن شهرستان نسبت با بیمه شده اصلی شماره شناسنامه</p> <p>گواهی می شود نامبرده بیمه شده اصلی / افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی با شماره پرسنلی استخدام و از تاریخ تحت پوشش صندوق</p> <p>نام پدر تاریخ تولد روز ماه سال در تاریخ استخدام و از تاریخ تحت پوشش صندوق</p> <p>تأمین هزینه مازاد درمان قرار گرفته و تا زمان بستری شدن تحت پوشش صندوق مذکور بوده است . نام وی در صفحه ردیف</p> <p>صورت اسامی بیمه شدگان درج گردیده است . ضمناً علت بستری شدن نامبرده بیماری / حادثه بوده است .</p> <p>امضاء بیمه شده اصلی : تاریخ و مهر امضاء واحد :</p>
توسط پزشک معالج تکمیل شود	<p>گواهی می شود خانم/ آقای به شماره شناسنامه نام پدر تاریخ تولد</p> <p>توسط اینجانب دکتر به شماره نظام پزشکی ساکن شهرستان تلفن</p> <p>جهت بستری شدن به بیمارستان شهرستان معرفی گردیده است .</p> <p>علت بستری شدن و معالجات انجام شده به شرح زیر بوده و ضمناً این عارضه مادرزادی میباشد/نمیباشد .</p> <p>نوع عمل جراحی : کد جراحی :</p> <p>(با توجه به کتاب کالیفرنیا مشخص شود)</p> <p>مهر و امضاء پزشک معالج :</p>
توجه : خواهشمند است برای ثبت مشخصات بیمار از کارت شناسائی معتبر استفاده فرمائید .	
توسط بیمارستان تکمیل شود	<p>گواهی میشود خانم/ آقای به شماره شناسنامه محل صدور در تاریخ</p> <p>طبق معرفی پزشک معالج نامبرده دکتر بعلت ابتلاء به بیماری / حادثه</p> <p>به این بیمارستان معرفی و از تاریخ لغایت بمدت روز بستری و تحت معالجه قرار گرفته و طبق صورت</p> <p>حسابهای پیوست جمعاً مبلغ ریال (بحروف) ریال از وی</p> <p>دریافت گردیده است .</p> <p>درجه ارزشیابی بیمارستان : مهر و امضاء مجاز بیمارستان :</p>
<p>با توجه به اینکه بررسی خسارت براساس مندرجات فوق می باشد لذا مسئولیت هر گونه اظهارات خلاف واقع متوجه امضاء کننده خواهد بود . در صورتیکه بیمه شده بعلت حادثه در بیمارستان بستری گردیده مدرک مستند مبنی بر نحوه ، علت و تاریخ وقوع حادثه می بایست پیوست این فرم ارائه گردد .</p>	

فرم بررسی پرونده درمانی

<p style="text-align: right;">نام بیمه شده اصلی:</p> <p style="text-align: right;">نام بیمار:</p> <p style="text-align: right;">نوع هزینه:</p> <p style="text-align: right;">تاریخ هزینه پاراکلینیکی/بیمارستانی:</p> <p style="text-align: right;">نام بیمارستان:</p> <p style="text-align: right;">نوع عمل جراحی:</p> <p style="text-align: right;">کد جراحی:</p> <p style="text-align: right;">نوع صندوق: <input type="checkbox"/> عادی <input type="checkbox"/> ویژه</p> <p style="text-align: right;">مبلغ دریافتی از تامین اجتماعی:</p>	<p>این قسمت توسط دبیر کمیته بیمه و رفاه تکمیل گردد</p>
<p style="text-align: right;">کسورات:</p> <p style="text-align: right;">مبلغ قابل پرداخت:</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">تایید و امضاء کارشناس بیمه سازمان مرکزی</p>	<p>این قسمت توسط اداره کل رفاه و امور اجتماعی تکمیل گردد</p>