

## بسمه تعالی

جناب آقای دالوندی

احتراما به اطلاع میرساند موارد مشروحه ذیل جهت تکمیل فرم های مورد نظر صدور بیمه درمان تکمیلی اعضای محترم به حضورتان ایفاد میگردد.

- ۱- تکمیل فرم پیشنهاد برای هر خانواده یک فرم ( در صورتی که از یک خانواده تمایل به استفاده از چند طرح مختلف باشد باید برای هر متقاضی با طرح مورد نظر خود یک فرم پیشنهاد تکمیل میگردد)
- ۲- تکمیل فرم سلامت برای کلیه افراد متقاضی درمان ( سرپرست و افراد تحت تکفل ) ( پاسخ به تمام سوالات فرم سلامت الزامی می باشد)
- ۳- منظور از افراد تحت تکفل همسر(دائمی)، فرزندان و سایر افرادی که قانونا تحت تکفل بیمه شده اصلی با ارائه مستندات قانونی قرار دارند(پدر و مادر زمانی تحت تکفل قرار می گیرند که در بیمه پایه با یک کد بیمه باشند)
- ۴- ارسال تصویر کارت ملی و صفحه اول شناسنامه و صفحه اول دفترچه بیمه پایه(تامین اجتماعی، سلامت، خدمات درمانی)(حداقل یکماه اعتبار داشته باشد)
- ۵- ثبت شماره شباهت در فرم پیشنهاد الزامی می باشد .
- ۶- تکمیل تاریخ پرسشنامه سلامت الزامی بوده است. چنانچه بیش از یک ماه از تاریخ تکمیل فرم گذشته باشد، فرم سلامت باید مجددا توسط بیمه گذار تکمیل گردد.
- جهت نوزادان زیر ۲ سال گواهی متخصص اطفال پیوست گردد.
- جهت افراد بالای ۶۰ سال آزمایشات روتین ارائه گردد.(آزمایشات ۶ ماه گذشته مورد تایید است)
- جهت افرادی که BMI آنها بین ۳۵-۴۰/ و زیر ۱۹ می باشد آزمایش قند سه ماهه ناشتا ارائه گردد
- بیمه شدگانی که قرص تیروئید مصرف مینمایند یا کم کاری تیروئید دارند آزمایش و سونو تیروئید ارائه نمایند.
- افرادی که عمل جراحی انجام داده اند خلاصه پرونده ، گواهی پزشک مبنی بر عدم لزوم جراحی مجدد ارائه گردد.
- جهت افرادی که کاهش بینایی دارند یا از طرح هایی که پوشش رفع عیوب انکساری ندارد انتخاب نمایند یا برگه بینایی سنجی ارائه نمایند
- بیمه شدگان بارداری ، سونو بارداری ارائه نمایند.
- افرادی که سقط جنین نموده اند گواهی پزشک زنان مبنی بر علت سقط ارائه نمایند
- افرادی که دارای سنگ کلیه می باشند سونو کلیه و افرادی که دارای کیست تخمدان می باشند سونوی رحم و تخمدان ارائه نمایند
- تاکید میگردد چنانچه متقاضی دارای هر یک از بیماری های اشاره شده در فرم سلامت می باشد ارسال مدارک مربوط به آن بیماری توضیح داده شده الزامی است.