

فرم بستی بیمارستان  
تهران

فرم بستی بیمارستان

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

توسط واحد دانشگاهی تکمیل شود	نام و نام خانوادگی بیمار	تاریخ تولد روز	ماه	سال	شماره شناسنامه
	تاریخ شروع پوشش بیمه	ساکن شهرستان	نسبت یا بیمه شده اصلی		
توسط پزشک معالج تکمیل شود	کواهی می شود نامبرده بیمه شده اصلی / افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی با شماره پرسنلی	شماره شناسنامه			
	نام پدر	تاریخ تولد روز	ماه	سال	در تاریخ
	مآزاد درمان قرار گرفته و تا زمان بستری شدن تحت پوشش صندوق مذکور بوده است. نام وی هر صفحه ردیف	استفهام و از تاریخ			
	صورت اسامی بیمه شدگان درج گردیده است. ضمناً علت بستری شدن نامبرده بیماری / حادثه بوده است.	تحت پوشش صندوق هزینه			
	امضاء بیمه شده اصلی:	تاریخ و مهر امضاء واحد:			
توسط پزشک معالج تکمیل شود	کواهی می شود خانم / آقای	به شماره شناسنامه		نام پدر	تاریخ تولد
	توسط اینجانب دکتر	به شماره نظام پزشکی		ساکن شهرستان	تلفن
	جهت بستری شدن به بیمارستان	شهرستان		معرفی گردیده است.	
	علت بستری شدن و معالجات انجام شده به شرح زیر بوده و ضمناً این عارضه مادرزادی میباشد / نمیباشد.				
	نوع عمل جراحی:	کد جراحی:			
(با توجه به کتاب کالیفرنیا مشخص شود)					
مهر و امضاء پزشک معالج:					
<b>توجه:</b> خواهشمند است برای ثبت مشخصات بیمار از کارت شناسایی معتبر استفاده فرمائید.					
توسط بیمارستان تکمیل شود	کواهی میشود خانم / آقای	به شماره شناسنامه		محل صدور	در تاریخ
	طبق معرفی پزشک معالج نامبرده دکتر	بعلت ابتلاء به بیماری / حادثه			
	به این بیمارستان معرفی و از تاریخ	لغایت	بمدت	روز بستری و تحت معالجه قرار گرفته و طبق صورت	
	حسابهای پیوست جمعاً مبلغ	ریال (بهره)		ریال از وی	
دریافت گردیده است.					
درجه ارزشیابی بیمارستان:	مهر و امضاء مجاز بیمارستان:				
<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>					

زنجبار

تاریخ تحویل مدارک  
شماره:

فرم درخواست هزینه های مازاد درمان

	اینجانب	کارمند شاغل در قسمت	به شماره پرسنلی										
توسط کارمند تکمیل گردد	عضو صندوق عادی <input type="checkbox"/> صندوق ویژه <input type="checkbox"/> درخواست دریافت هزینه های مازاد درمان ذیل را دارم. (مدارک در تاریخ ... به وامر ... ارائه داد)												
	نام و نام خانوادگی بیمار	نسبت با بیمه شده اصلی	نوع هزینه										
	.....	.....	.....										
	.....	.....	.....										
	.....	.....	.....										
تلفن تماس (الزامی):		امضاء و تاریخ تحویل:											
توسط امور کارکنان تکمیل گردد.	بدینوسیله گواهی می شود بیمه شده اصلی و بیمار فوق در سال گذشته و جاری نیز عضویت پوشش مازاد درمان کارکنان دانشگاه را به شرح ذیل داشته اند.												
	صندوق عادی: ۱- شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی: بیمار.....												
	۲- شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی: بیمار.....												
	صندوق ویژه: ۱- شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی: بیمار.....												
۲- شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی: بیمار.....													
مشخصات مبلغ واریزی به حساب صندوق توسط امور مالی تکمیل شود.	مهر دانشگاه		امضاء دبیر کمیته										
	حق بیمه متعلق طی حواله شماره مورخ از طریق بانک ملی به مبلغ ریال (به حروف: ..... ریال) به حساب جاری ..... به نام بیمه مازاد درمان کارکنان دانشگاه نزد بانک ملی شعبه دانشگاه آزاد (کد شعبه ۱۰۱۷) واریز و رسید آن طی نامه شماره ..... مورخ ..... به اداره کل منابع انسانی و سیاست های رفاهی دانشگاه ارسال گردیده است.												
نظریه کمیته بیمه و رفاه واحد	نام بیمه شده اصلی: نام بیمار..... نوع هزینه / عمل..... تاریخ هزینه: ..... کد عمل جراحی: ..... صورت هزینه های ارائه شده به مبلغ: ..... ریال (به حروف: ..... ریال) بیمه گر اول (تأمین اجتماعی) به مبلغ: ..... ریال (به حروف: ..... ریال) موافقت کمیته به مبلغ: ..... ریال (به حروف: ..... ریال)												
	ریاست دانشگاه	معاونت اداری و مالی	مدیر امور اداری										
شماره حساب واحد	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">بانک</td> <td style="width: 20%;">نام شعبه</td> <td style="width: 20%;">کد شعبه</td> <td style="width: 20%;">شماره حساب</td> <td style="width: 20%;">شناسه واریز</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			بانک	نام شعبه	کد شعبه	شماره حساب	شناسه واریز					
	بانک	نام شعبه	کد شعبه	شماره حساب	شناسه واریز								
درج شماره حساب الزامی می باشد.			مهر واحد										
توسط اداره کل منابع انسانی و سیاست های رفاهی و با هیئت امنای	کسورات: .....												
	مبلغ قابل پرداخت: .....												
تأیید و امضاء کارشناس													

نمونه برگ شماره ۴۷/۱۱۷

تذکر: در تعیین نوع عضویت بیمه شده در یکی از صندوق های عادی یا ویژه نهایت دقت بعمل آید مسئولیت هر گونه خسارت در صورت بروز مشکل بعهده دبیر کمیته بیمه و رفاه می باشد.