GSI FO 02

شرکت گهرروش سیرجان-سهامی خاص

شرکت گهرروش
GOHAR RAVESH CO.

صورت ریز هزینه های درمانی بیمه تکمیلی	شماره درخواست:
	تاریخ درخواست:

اطلاعات بیمار:

نام:	نام خانوادگی:	فرزند:	کد ملی:	نسبت با بیمه شده اصلی:

اطلاعات بیمه شده اصلی:

نام:	نام خانوادگی:	فرزند:	کد ملی:	شماره پرسنلی:	کارگاه:

ریز هزینه های درمانی:

ردیف	شرح خدمات انجام شده:	شامل:	مبلغ اعلام شده:	مبلغ تائید شده(نظریه پزشک معتمد):	مبلغ تائید نشده(نظریه پزشک معتمد):	مبلغ فرانشیز-ریال
1	پرداخت هزینه های درمانی وبیمارستانی واعمال جراحی	انژیوگرافی قلب.انواع سنگ شکن.عمل دیسک ستون فقرات				
2	جبران هزینه شش عمل جراحی مهم	جراحی تخصصی -عمل قلب .مغزواعصاب. پیوندکلیه.مغز واستخوان.کبد.ریه				
3	جبران هزینه های زایمان طبیعی وعمل سزارین					
4	هزینه های پاراکلینکی(1)	انواع اسکن.سی تی اسکن.ماموگرافی.سونوگرافی.رادیوتراپی.اندوسکوپی. اکوکاردیوگرافی.اسپیرومتری.دانسیتومتری.پاپ اسمیر.ام ار ای				
5	هزینه های پاراکلینکی(2)	تست ورزش نوار عضله ونواراعصاب.نوارمغز.آنژیوگرافی چشم. رادیولوژی.فیزیوتراپی.ادیومتری(نوارگوش).نوارقلب				
6	هزینه جراحیهای ودرمان طبی سرپایی(کمتراز6ساعت بستری)	شکستگی ها.گچ گیری.بخیه.گرایوتراپی.اکسیژیون.لیپوم.تخلیه. کیست.لیزردرمانی.وبستری کمتر از6ساعت				
7	هزینه رفع عیوب چشم انکساری برای دوچشم					
8	جبران هزینه های آمبولانس داخل وخارج از شهر					
9	ویزیت					
10	آزمایشات ...چکاب وژنتیک					
11	نازایی					
12	عینک					
13	دندانپزشکی					
	جمع کل-ریال					

تلفن تماس: **شماره پرسنلی :** تاریخ: امضاء: