

### نکات مهم و قابل توجه

#### بیمه شده گرامی:

- دفترچه بیمه به منزله پرونده و حاوی سوابق مصرفه پزشکی شما می باشد، پس آن را در اختیار غیر قرار ندهید.
- به پزشک خود اطلاع 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 (برگ) از دفترچه جدا می گردد.
- چنانچه خدمات جانبی از قتل مستثنی گوی، کف گیری، شکستگی، توار قلب، توار منور و ... توسط پزشکان محترم انجام می گیرد نسخه دروغخانه و پزشک بطور همزمان (دو برگ) از دفترچه جدا می گردد.
- نسخ دارویی تا سقف زمانی مشخص توسط داروخانه ها پذیرفته می شوند، از این رو نسخ بالای از سقف پس از تایید اداره کل بیمه سلامت استان قابل پذیرش است؛ با توجه به الزام در تایید بعضی از خدمات پاراکلینیک اتفاقاً اطلاعات لازم را از پزشکان محترم و یا موسسات پاراکلینیک دریافت نمایید.
- صدور دفتری که روزه از سه ماه اوراق آن به اتمام رسیده است منوط به تایید پزشک متبند 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 ابطال دفترچه به مؤسسه بیمه گزار خود اطلاع دهید.
- نسبت به اخذ ضوابط بیمه و آگاهی از آن به بیمه گزار خود مراجعه نمایید.

### قوانین و ضوابط بیمه ملی ایرانیان

- این قرارداد براساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۷۳/۸/۲ 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 معتقد 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 جاب و صدور دفتر بیمه بهعهده 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 بستری طوق ترفه ها و مصوبات شورای عالی بیمه و ضوابط جاری سازمان در مراکز تشخیصی - درمانی طرف قرارداد.
- در صورت وارد آمدن هر گونه 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 هر گونه 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 موسسات طرف قرارداد از ادارات بیمه یا کسب اطلاع از مراکز هنگام مراجعه ضروری می نماید، در غیر اینصورت هیچگونه ادعایی از سوی بیمه شده منبئ بر بی اطلاع بودن از موضوع پذیرفته نخواهد شد.

08 FM 005 01	کد مدرک:	بیمه نامه	
تاریخ: شماره:	صدور اولیه دفترچه خویش فرما برنامه ملی بیمه درمان ایرانیان		
		سازمان بیمه سلامت ایران اداره کل بیمه سلامت استان	

در این قسمت چیزی ننویسید.

شماره بیمه شده:

الف: بیمه گروهی  بیمه خانوار  بیمه انفرادی

نام مؤسسه بیمه گزار: .....

نام:

۱- مشخصات سرپرست:

نام پدر:

نام خانوادگی:

تاریخ تولد:

جنسیت: مذکر  مؤنث  وضعیت تاهل: متأهل  مجرد

شماره شناسنامه:

شماره مسلسل شناسنامه:

شماره فیش:

تاریخ فیش:

بیماری خاصی:  تالاسمی  هموفیلی  MIS  دیابتی  پیوند کلیه  اهداء کننده کلیه

محل سکونت: استان:  بخش:  شهر:  پلاک:

محل کار: استان:  شهرستان:  شهر:  بخش:  پلاک:  کد پستی:

تلفن ثابت با کد:

تلفن همراه:

۲- مشخصات سایر اعضاء خانواده

ردیف	نام	نام خانوادگی	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- الف) با اطلاع و پذیرش ضوابط و شرایط تعیین شده سازمان بیمه سلامت ایران در ظهر برگه ضمنی تا پند صحت اطلاعات تکمیل شده، اعلام می نمایم که گونه پوشش بیمه ای (بیمه همسراه خانواده) می باشد.

نام و نام خانوادگی سرپرست / مؤسسه بیمه گزار:

تاریخ و امضاء:

۳-ب) بر اساس استعلام از بانک اطلاعات ایرانیان، نامزده واحد شرایط دریافت دفترچه بیمه برنامه ملی بیمه ایرانیان می باشد.  نمی باشد.

شهر و امضاء مرجع تأیید کننده:

توضیحات:

۳-ج) از نظر درآمد بلافاصله است.

امضاء - واحد درآمد:

تاریخ:

شهر و امضاء - واحد بیمه گری:

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