

جدول اطلاعاتی مورد نیاز بیمه گزاران

مراکز طرف قرارداد	نحوه استعلام خسارت درمان	مدارک مورد نیاز برای حذف و اضافه	روند دریافت معرفی نامه	مدارک مورد نیاز برای ارسال هزینه های درمانی
<p>مراجعه به پورتال کمک رسان به آدرس Iranassistance.com</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>مراکز خدمات درمانی</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>لیست مراکز درمانی طرف قرارداد</p>	<p>مراجعه به آدرس اینترنتی www.iranassistance.com</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>پرتال اعضا</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>فعالسازی عضویت</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>گزارش خسارت های من</p>	<p style="text-align: center;">اضافه</p> <p>نوزاد: نامه بیمه گزار، کپی شناسنامه و کارت ملی بیمه شده اصلی و کپی شناسنامه نوزاد اکسل مشخصات و شبا فرد بیمه شده</p> <p>افراد جدیدالاستخدام: نامه بیمه گزار، قرارداد همکاری، کپی شناسنامه، کارت ملی و دفترچه بیمه، لیست اکسل مشخصات</p> <p>ازدواج: مدارک فوق الذکر، صفحه دوم شناسنامه ها برای کلیه افراد اضافه شده لیست اکسل مشخصات، مطابق اکسل صدور(اولیه) ارائه گردد</p> <p style="text-align: center;">حذف</p> <p>قطع همکاری: نامه بیمه گزار</p> <p>فوت: نامه بیمه گزار، گواهی فوت</p>	<p>آنلاین: مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد با همراه داشتن دستور پزشک، دفترچه بیمه و کارت ملی</p> <p style="text-align: center;">غیر آنلاین:</p> <p>ارسال دستور پزشک از طریق فکس در روزهای شنبه تا چهارشنبه</p> <p>از ساعت ۸ الی ۱۶:۳۰</p> <p>به شماره ۸۸۶۴۸۶۶۲</p> <p>و جهت هماهنگی تماس با ۸۸۶۴۸۴۲۱ داخلی ۲۱۹ و ۱۵۶</p> <p>در ایام تعطیل و ساعات غیر اداری ارسال دستور پزشک از طریق فکس به شماره ۸۸۶۴۸۴۴۰ و جهت هماهنگی تماس با ۸۸۶۴۸۴۲۱ داخلی ۳۶۰ و ۳۵۷</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>دریافت کد رهگیری</p> <p>لازم به ذکر است کد ملی، شماره تماس و نام مرکز درمانی روی دستور پزشک درج شود</p> <p>کلیه مراحل دریافت معرفی نامه دندانپزشکی از طریق مرکز درمانی طرف قرارداد مورد نظر انجام میشود</p>	<p>هزینه های پاراکلینیکی: (شامل: سونوگرافی، آزمایش، انواع اسکن، ام آر آی ...)</p> <p>اصل دستور پزشک، اصل قبض پرداختی، کپی جواب فیزیوتراپی: اصل دستور پزشک، قبض پرداختی با ذکر تاریخ جلسات بیمارستانی: اصل صورتحساب بیمارستانی، ریز دارو و لوازم مصرفی، خلاصه پرونده، برگه گزارش عمل جراحی، برگه بیهوشی و گزارش کلیه اقدامات انجام شده</p> <p>لازم به ذکر است در صورت استفاده از سهم بیمه گر اول ارائه گواهی مبلغ دار بیمه گر اول الزامی می باشد</p>

نشانی: پاسداران- نگارستان هفتم (بهرام جعفر)پلاک ۷۹ - طبقه سوم

تماس با کارگزاری: ۵۰-۲۶۶۴۴۵۴۰-۰۲۱ فکس: ۲۲۸۸۰۹۹۶