



رسید تحویل مدارک خسارت درمان
شرکت خدماتی و کمک رسانی پیشگام الوند اتحاد(درمانت)



نوع خسارت: دندانپزشکی

نام بیمه گذار:

BTH-FOD-01

نام بیمار	نام خانوادگی	نوع هزینه	مبلغ هزینه به ریال	تعداد برگ	توضیحات
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					

کد ملی:

شماره تلفن همراه:



بیمه شده (نام و امضا):	متصدی دبیرخانه (تاریخ و امضا):
------------------------	--------------------------------

توضیحات:

مدارک لازم جهت بررسی هزینه های دندانپزشکی:

۱. جهت هزینه های ارتودنسی ارائه معاینه اولیه (گرافی قبل از درمان یا حینکار همراه با براکت و قالب گچی) الزامی می باشد. چنانچه بیمه شده دارای بیمه گر دیگری می باشد دریافت تائیدیه بیمه گزار اولیه ضرورت دارد.
۲. جهت هزینه های اندو (ریشه درمانی) ارائه گرافی قبل و بعد درمان الزامی می باشد.
۳. جهت هزینه های ترمیم بیش از سه دندان ارائه گرافی قبل و بعد درمان الزامی می باشد.
۴. جهت هزینه های روکش و بریج دندان ارائه گرافی قبل و بعد درمان الزامی می باشد.
۵. جهت هزینه های ایمپنت ارائه گرافی قبل و بعد درمان الزامی می باشد. (در صورت انجام پیوند استخوان ارائه CTscan ناحیه پیوند الزامی می باشد)
۶. جهت هزینه های دست دندان و پلاک کرم کبالت معاینه بعد از درمان الزامی می باشد.
۷. جهت هزینه های جراحی اعم از افزایش طول تاج، جراحی های نهفته و جراحی های دندان عقل ارائه گرافی قبل و بعد الزامی می باشد.
۸. جهت هزینه های کشیدگی دندان در تعداد بیشتر از ۳ عدد ارائه گرافی قبل و بعد الزامی می باشد.
۹. در درمان کودکان اعلام سن جهت گرافی الزامی می باشد. (در کودکان زیر ۸ سال ارائه گرافی الزامی نمی باشد).