

شماره: ۱۱/۴/۲۱۵۰/۵۵۰۲
تاریخ: ۱۳۹۵/۴/۲
پیوست: ندارد

بسمه تعالی

معاونت محترم مالی و پشتیبانی

موضوع: قرارداد بیمه درمان

با سلام و احترام

با عنایت به عقد قرارداد بیمه درمان و سلامت کارکنان و بیمه تکمیلی بازنشستگان محترم شرکت توزیع برای سال ۹۵-۹۶ با شرکت بیمه سینا، به پیوست نمونه قرارداد منعقد شده و لیست مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه سینا و مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های درمانی ارسال میگردد.

خواهشمند است مراتب به نحو مقتضی به همکاران ان معاونت محترم ابلاغ گردد

معاون منابع انسانی

رونوشت:

- مقام محترم مدیر عامل جهت استحضار
- معاونین محترم برنامه ریزی و مهندسی و بهره برداری و دیسپاچینگ باتضام نمونه قرارداد و لیست مراکز درمانی طرف قرارداد و مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های درمانی جهت اطلاع و اقدام مشابه
- مدیر محترم دفتر هیئت مدیره و مدیر عامل باتضام نمونه قرارداد و لیست مراکز درمانی طرف قرارداد و مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های درمانی جهت اطلاع و اقدام مشابه
- مدیر محترم دفتر روابط عمومی باتضام نمونه قرارداد و لیست مراکز درمانی طرف قرارداد و مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های درمانی جهت اطلاع و اقدام مشابه
- مدیر محترم دفتر حقوقی و رسیدگی به شکایات شرکت باتضام نمونه قرارداد و لیست مراکز درمانی طرف قرارداد و مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های درمانی جهت اطلاع و اقدام مشابه
- مدیر محترم دفتر آموزش و برنامه ریزی نیروی انسانی باتضام نمونه قرارداد و لیست مراکز درمانی طرف قرارداد و مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های درمانی جهت اطلاع و اقدام مشابه
- مدیر محترم دفتر توسعه و تحول اداری باتضام نمونه قرارداد و لیست مراکز درمانی طرف قرارداد و مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های درمانی جهت اطلاع و اقدام مشابه
- رئیس گروه سؤماندگی و طبقه بندی مشاغل باتضام نمونه قرارداد و لیست مراکز درمانی طرف قرارداد و مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های درمانی جهت اطلاع و اقدام مشابه
- کلیه واحدهای محترم تابعه شرکت باتضام نمونه قرارداد و لیست مراکز درمانی طرف قرارداد و مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های درمانی جهت اطلاع و اقدام مشابه
- امور کارکنان و رفاه باتضام نمونه قرارداد و لیست مراکز درمانی طرف قرارداد و مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های درمانی جهت اطلاع و اقدام مشابه





شعبه اردبیل
جانب آقای زارع

ماده ششم از مفاد حرکت تعویض نیروی برآمده

با سلام

احتراماً در راستای اجرای بهتر قرارداد درمان کارکنان محترم آن شرکت در سال ۹۵-۹۶، خواهشمند است دستور فرمایند همکاران بشرح ذیل مدارک درمانی خود را به این شرکت تحویل نمایند. ضمناً مهلت تحویل مدارک جهت نسخ پاراکلینیکی ۳ ماه بعد از تاریخ صدور قبض و مدارک بیمارستانی ۵ ماه بعد از ترخیص بیمار از بیمارستان میباشد.

۱- هزینه های پاراکلینیکی (غیر طرف قرارداد):

- کپی جواب خدمات ارائه شده (مقدد سونوگرافی و آزمایش واکو، ام آر آی و ...)
- اصل دستور پزشک معالج

- اصل فاکتور خدمات انجام شده ممهور به مهر مرکز درمانی

۲- هزینه های بیمارستان (غیر طرف قرارداد):

- اصل صورتحساب بیمارستانی بیمه گر اول ممهور به مهر بیمارستان + اصل فاکتور + دستور پزشک معالج

- کپی برابر اصل از تملی صفحات پرونده (کامپی آوری پرونده) ممهور به مهر پزشک معالج

۳- هزینه های بیمارستان طرف قرارداد:

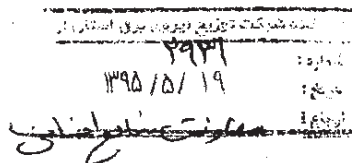
- بیمار پس از اخذ دستور بستری از پزشک معالج به همراه دفترچه خود جهت دریافت معرفینامه درمانی برای ارائه به بیمارستان طرف قرارداد به شرکت بیمه سینا مراجعه نماید

۴- هزینه های دندانپزشکی غیر طرف قرارداد:

- اصل فاکتور ارائه شده به همراه گرافی قبل و بعد از انجام خدمات دندانپزشکی بایستی به تایید دندانپزشک معتمد بیمه سینا برسد
آدرس مطب دکتر اخوان آجری: اردبیل- میدان سرچشمه- ساختمان پزشکان شمس- جنب داروخانه علوی تلفن:

۳۳۲۶۹۸۸۹

آدرس مطب دکتر جعفری زارع: اردبیل- میدان سرچشمه- انتهای گوی معصومین تلفن: ۳۳۲۲۸۴۷



شماره حساب: ۳۳۲۲۸۴۷

میدان قدس، اول خ شهید مطهری
تلفن: ۳۳۲۵۴۵۴۶-۸ نمایر: ۳۳۲۵۴۵۴۹
ارتباط با مشتری و رسیدگی به شکایات: ۲۸۰۷ - ۰۲۱
www.sinainsurance.com

شماره:
تاریخ:
پیوست:



شعبه ارفو/فول های عینک:

- دستور پزشک معالج + فرم کامپیوتری تعیین نمره عینک + اصل فاکتوراز عینک فروشی های معتبر + تایید اپتومتریست معتمد بیمه سینا.

آدرس مطب اپتومتریست خانم عازمی: اردبیل-میدان سرچشمه- کوی معصومین تلفن: ۳۳۲۲۸۲۵۹

آدرس مطب اپتومتریست آقای پهمن غرائی: اردبیل-میدان سرچشمه- کوی معصومین تلفن: ۳۳۲۴۸۶۶۱

۶- هزینه های دارو:

- کارکنان: برگه اول نسخه ای که پزشک معالج دارو تجویز نموده (ممهور به مهر پزشک و داروخانه).

- بازنشستگان: برگه سوم نسخه ای که پزشک معالج دارو تجویز نموده (ممهور به مهر پزشک و داروخانه).

۷- هزینه های ویزیت:

- کارکنان: برگه دوم نسخه ای که پزشک معالج دستور انجام خدمات تجویز نموده (ممهور به مهر پزشک و قید مبلغ دریافتی از بیمار).

- بازنشستگان: برگه سوم نسخه ای که پزشک معالج دستور انجام خدمات تجویز نموده (ممهور به مهر پزشک و قید مبلغ دریافتی از بیمار).

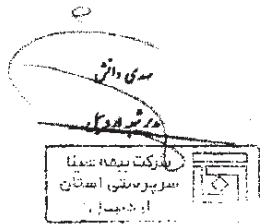
بیمار:

۸- هزینه های تزریقات:

- تعداد و مبلغ تزریقات به تفکیک و به تضام دستور پزشک معالج (ممهور به مهر پزشک و درملگاه).

۹- هزینه های فیزیوتراپی:

- اصل فاکتور و کارت جلسات مرکز فیزیوتراپی به همراه دستور پزشک معالج مربوطه (ممهور به مهر پزشک و مرکز فیزیوتراپی).



شعبه ارفو/فول های عینک: اردبیل - میدان سرچشمه - کوی معصومین - تلفن: ۳۳۲۲۸۲۵۹

میدان قدس، اول خ شهید مطهری
تلفن: ۳۳۲۵۴۵۴۶-۸ نمایر: ۳۳۲۵۴۵۴۹
ارتباط با مشتری و رسیدگی به شکایات: ۲۸۰۷ - ۲۱
www.sinainsurance.com