



## برگ استفاده از خدمات دندانپزشکی

ویژه استفاده از خدمات مراکز طرف قرارداد ( درخواست معرفی نامه )

|   |
|---|
| اطلاعات هویتی :   |
| مشخصات بیمار:   |
| نام: ..... نام خانوادگی: ..... نسبت با بیمه شده اصلی: .....   |
| کد ملی: ..... تلفن همراه: ..... تلفن ثابت: .....  |
| مشخصات بیمه شده اصلی :  |
| نام: ..... نام خانوادگی: ..... تلفن همراه: .....  |
| نام شرکت محل خدمت : .....   |
| نام مرکز/ دندان پزشکی معالج طرف قرارداد انتخابی جهت دریافت خدمات : .....  |
| توجه :  |
| - در صورت ارائه شماره همراه در بخش مشخصات هویتی تا ۲۴ ساعت پس از ارسال فکس ،<br>تأییدیه جهت مراجعه به مرکز به شماره همراه شما پیامک و همزمان معرفی نامه به مرکز یا<br>دندان پزشکی معالج ارسال خواهد شد. |
| - در صورت عدم ارائه شماره تلفن همراه در این فرم ، می توانید از طریق شماره تلفن<br>۸۸۶۹۶۹-۰۲۱ تأییدیه مذکور را پیگیری نمایید و در هر صورت نیازی به مراجعه<br>حضوری جهت دریافت معرفی نامه نمی باشد.       |
| این قسمت توسط مسئول بیمه ای شرکت بیمه گذار ، تکمیل می گردد.   |
| اطلاعات هویتی بیمه شده و بیمار فوق الذکر در تاریخ ..... تأیید و به شرکت ارتقاء سلامت<br>پاسارگاد به شماره فکس ۸۸۶۹۸۲۹-۰۲۱ ارسال گردید.  |
| نام و نام خانوادگی مسئول بیمه ای :<br>مهر بیمه گذار :   |