**Ауырған жағдайда ерікті сақтандыру**

 **№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Шартына № 17 Қосымша**

 **«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_ ж. бастап**

Медициналық шығыстарды өтеуге арналған өтініштің үлгісі

Сақтандыру компаниясының

 басшысына \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медициналық ассистансының

 басшысына ЖШС «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Толық өтініш берушінің Аты-жөні)

Сақтандыру карточкасының № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тұратын мекен-жайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Байланыс тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Өтініш**

СК \_\_\_\_\_\_\_\_ және АҚ/ЖШС\_\_\_\_\_ арасындағы ж. №\_\_\_ сақтандыру шартына \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сәйкес Сақтандырылған тұлғаға көрсетілген медициналық шығындардың орнын толтыруды сұраймын (аты-жөні) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

осы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

қызметті көрсету (дәрілік заттар, медициналық қызметтер, мысалы-амбулаториялық-емханалық емдеу, стационарлық емдеу, операция жүргізу, тісті жұлу немесе тісті емдеу)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 қызмет алған медициналық ұйымның, дәріхананың, стоматологияның атауы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (медициналық қызметті алу күні)

Осы медициналық ұйымға келесі себептер бойынша жүгіндім \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(медициналық ұйымдардан немесе сақтандырушының тізімінен дәрігерлерден медициналық қызметтерді алудың объективті мүмкін еместігінің себебін көрсету)

**Осы өтінішке мынадай құжаттарды қоса беремін:**

1. Өтініш берушінің жеке куәлігінің көшірмесі.

2. Өтініш берушінің медициналық пластикалық карточкасының көшірмесі

3. 2-деңгейдегі банктен өтініш берушінің 20-таңбалы нақты банк карточкасы

 (клиенттің аты-жөні шот нөмірі, банктің мөрі немесе интернет банкингі көрсетіле отырып)

4. Фискалды чек-кассалық аппараттың чегі

5. Фискалдық чекте көрсетілген сомаға орындалған жұмыстардың шот – фактурасы мен актісі

6. түпнұсқалары: жедел жәрдем қызметінің сигналдық парағы/ медициналық қорытынды/ стационарлық/амбулаториялық науқастың медициналық картасынан үзінді көшірме/ калькуляциялық Парақ/ стоматология бойынша Тапсырыс-наряд/ Сақтандырылған тұлғаның медициналық қызметтерді алғанын растайтын рецепт.

Күні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Қолы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дәрілік заттар бойынша өтеу құжаттарының тізімі**

1.Өтініш берушінің жеке куәлігінің көшірмесі.

2.Өтініш берушінің медициналық пластикалық карточкасының көшірмесі

3.2-деңгейдегі банктен өтініш берушінің 20-таңбалы нақты банк карточкасы

 (клиенттің аты-жөні, шот нөмірі, банктің мөрі немесе интернет банкингі көрсетіле отырып)

4.Фискалды чек-кассалық аппараттың чегі

5.Фискалдық чекте көрсетілген сомаға орындалған жұмыстардың шот – фактурасы мен актісі

6.Рецепт бланкілері -3 (үш) экземляр

7.Диагноз және дәрі-дәрмектерді тағайындау бойынша ұсыныстар көрсетілген дәрігердің қорытындысы

**Стоматологиялық емдеу бойынша өтеуге арналған құжаттардың тізімі**

1.Өтініш берушінің жеке куәлігінің көшірмесі.

2 Өтініш берушінің медициналық пластикалық карточкасының көшірмесі

3 2-деңгейдегі банктен өтініш берушінің 20-таңбалы нақты банк карточкасы

 (клиенттің аты-жөні, шот нөмірі, банктің мөрі немесе интернет банкингі көрсетіле отырып)

4.Фискалды чек-кассалық аппараттың чегі

5.Фискалдық чекте көрсетілген сомаға орындалған жұмыстардың шот – фактурасы мен актісі

6.Бар болған жағдайда тістердің Рентген суреті

7.Тапсырыс-фискалдық чекте көрсетілген сомаға тіс формуласы бар наряд.

**Амбулаториялық емдеу бойынша өтеуге арналған құжаттардың тізімі**

1.Өтініш берушінің жеке куәлігінің көшірмесі.

2.Өтініш берушінің медициналық пластикалық карточкасының көшірмесі

3.2-деңгейдегі банктен өтініш берушінің 20-таңбалы нақты банк карточкасы

 (клиенттің аты-жөні, шот нөмірі, банктің мөрі немесе интернет банкингі көрсетіле отырып)

4.Фискалды чек-кассалық аппараттың чегі

5.Фискалдық чекте көрсетілген сомаға орындалған жұмыстардың шот – фактурасы мен актісі

6.Диагнозы мен ұсыныстары көрсетілген дәрігердің қорытындысы

**Стационарлық емдеу бойынша өтеуге арналған құжаттардың тізімі**

1.Өтініш берушінің жеке куәлігінің көшірмесі.

2.Өтініш берушінің медициналық пластикалық карточкасының көшірмесі

3.2-деңгейдегі банктен өтініш берушінің 20-таңбалы нақты банк карточкасы

 (клиенттің аты-жөні, шот нөмірі, банктің мөрі немесе интернет банкингі көрсетіле отырып)

4.Фискалды чек-кассалық аппараттың чегі

5.Фискалдық чекте көрсетілген сомаға орындалған жұмыстардың шот – фактурасы мен актісі

6.Стационардан үзінді

**Тексеруге өтеуге арналған құжаттардың тізімі**

1.Өтініш берушінің жеке куәлігінің көшірмесі.

2.Өтініш берушінің медициналық пластикалық карточкасының көшірмесі

3.2-деңгейдегі банктен өтініш берушінің 20-таңбалы нақты банк карточкасы

 (клиенттің аты-жөні, шот нөмірі, банктің мөрі немесе интернет банкингі көрсетіле отырып)

4.Фискалды чек-кассалық аппараттың чегі

5.Фискалдық чекте көрсетілген сомаға орындалған жұмыстардың шот – фактурасы мен актісі

6.Дәрігердің қарауы және қорытындысы,жолдама бланкісі.

7.Қорытындысы бар зерттеп-қарау хаттамасы. (УДЗ, ЭФГДС, МРТ және т. б.)

|  |
| --- |
| **Ескертпе:**Негізгі сақтандырылушының отбасы мүшелері келесі құжаттарды ұсынуы қажет:**Өтініш берген кезде жұбайы (зайыбы):**жеке куәлік көшірмесі,медициналық пластикалық карточканың көшірмесіКарточканың және негізгі ұстаушының куәлігінің көшірмесі Неке қию туралы куәліктің көшірмесі\*\*\*\*\*\*\*\***Ата-аналардан өтініш беру кезінде:**жеке куәлік көшірмесі,медициналық пластикалық карточканың көшірмесіКарточканың және негізгі ұстаушының куәлігінің көшірмесі Туу туралы куәліктің көшірмесі-туыстық дәрежесін растау\*\*\*\*\*\*\***Баланы емдеуге өтініш берген кезде:**негізгі сақтандырылған ата-ананың жеке куәлігінің көшірмесі,негізгі сақтандырылған ата-ананың медициналық пластикалық карточкасының көшірмесібаланың медициналық пластикалық карточкасының көшірмесіБаланың туу туралы куәлігінің көшірмесі |

**Сақтанушы: Сақтандырушы:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**