

## مراجعه کننده گرامی

با سلام و احترام ،

از آنجا که سرلوحه برنامه های کاری امور بیمه و خدمات درمانی، ایجاد رضایت مندی کلیه مراجعه کنندگان می باشد، اعلام نظرات و پیشنهادات شما می تواند ما را به سمت برنامه ریزی های مناسب و نیز انجام اصلاحات مطلوب هدایت نماید. لذا خواهشمنداست با تکمیل این فرم ما را در بهبود کمی و کیفی اینگونه خدمات یاری فرمایید.

ردیف	شرح خدمات	ضعیف	متوسط	خوب	عالی
۱	میزان رضایت شما از نحوه برخورد پرسنل واحد بیمه و خدمات درمانی				
۲	وضعیت در دسترسی بودن همکاران واحد بیمه و خدمات درمانی				
۳	انجام شدن خدمات مربوطه در موعد مقرر				
۴	کیفیت خدمات ارائه شده توسط واحد بیمه و خدمات درمانی				
۵	میزان رضایت از نحوه اطلاع رسانی از خدمات بیمه ، مراکز تحت پوشش و سقف تعهدات				
۶	میزان رضایت از فرآیند اجرایی کار				
۷	مدت زمان پرداخت هزینه های بیمه				
۸	امکانات و کیفیت خدمات ارائه شده توسط بیمارستانها و مراکز طرف قرارداد				
۹	پراکندگی جغرافیایی بیمارستانها و مراکز طرف قرارداد				
۱۰	میزان پرداخت خسارتها ( اعم از امور پاراکلینیکی ، خدمات دندانپزشکی ، عینک ، آزمایشها و سی تی اسکن و ... )				
۱۱	میزان رضایتمندی نسبت به سرعت صدور معرفی نامه توسط واحد بیمه				
۱۲	میزان اطلاع از اسناد و مدارک مورد نیاز بابت دریافت خسارت				
۱۳	میزان رضایت از نحوه سرعت عمل صدور دفترچه های درمانی				
۱۴	میزان رضایت از هماهنگی مراکز طرف قرارداد با شرکت بیمه جهت بستری شدن به موقع بیمه شده				

بیمه شدگان محترم:

چنانچه درخصوص هر یک از موارد ۱۴ گانه فوق و یا تسویه مطالبات درمانی بابت صورتحساب های ارائه شده و هزینه های درمانی سرپائی و بستری مشکل، نارسایی و یا شکایتی وجود دارد، می توانید مراتب را بصورت مصدافی و با ارائه مستندات پیگیری و پاسخ مناسب دریافت دارید.

نظرات، پیشنهادات و راهکارها جهت بهبود عملکرد واحد بیمه و خدمات درمانی:

نام و نام خانوادگی:

نام شرکت:

سمت:

میزان سابقه کار:

جنسیت:

تحصیلات:

محل سکونت:

با تشکر

امور بیمه و خدمات درمانی