

فرم ارسال هزینه های درمان سرپایی
(پاراکلینیکی، دندانپزشکی، دارو، آزمایش و ...)

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:		کد ملی بیمه شده اصلی:		شماره بیمه نامه:		تلفن تماس:	
				نام بیمه گزار:		گیرنده وجه:	
لطفاً این قسمت توسط بیمه شده تکمیل گردد.				*لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید.*			
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی بیمار	موضوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ هزینه	کسورات تعرفه	فرانشیز
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							
جمع							
تاریخ پذیرش و امضا:			ارزیاب:		تایید کننده:		
تذکره:							
(۱) همکاران محترم ضمن عدم پذیرش مدارک ناقص، کلیه اسناد ناقص در زمان پذیرش عودت نمایند.							