

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

تاریخ: .....

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:		کد ملی بیمه شده اصلی:		شماره بیمه نامه:		تلفن تماس:	
نام بیمه کننده:		نام بیمه گزار:		نام بیمه نامه:		کد رهگیری:	
*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							
<b>جمع</b>							
پذیرش کننده:				کارشناس:			

تذکر: (۱) الزامیست کلیه اسناد ناقص در زمان پذیرش با ذکر علت عودت داده شده، بهیچ عنوان پذیرش نگردد.

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

تاریخ: .....

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:		کد ملی بیمه شده اصلی:		شماره بیمه نامه:		تلفن تماس:	
نام بیمه کننده:		نام بیمه گزار:		نام بیمه نامه:		کد رهگیری:	
*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							
<b>جمع</b>							
پذیرش کننده:				کارشناس:			

تذکر: (۱) الزامیست کلیه اسناد ناقص در زمان پذیرش با ذکر علت عودت داده شده، بهیچ عنوان پذیرش نگردد.