

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:		
						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	مبلغ قابل پرداخت
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
جمع								
پذیرش کننده:				کارشناس:				

**تذکر:** (۱) الزامیست کلیه اسناد ناقص در زمان پذیرش با ذکر علت عودت داده شده و به هیچ عنوان پذیرش نگردد.