C:\Users\m.nazarei\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\logo.png

فرم تحویل مدارک درمانی

تحویل دهنده: بیمه گزار بیمه شده نام بیمه گزار: تاریخ تحویل مدارک: / / 13

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| این قسمت توسط بیمه گزار/بیمه شده تکمیل می گردد | | | | | | این قسمت توسط بیمه گر تکمیل می گردد | |
| ردیف | نام بیمار | تاریخ هزینه | نوع اقدام تشخیصی یا درمانی | مبلغ پرداختی(ریال) | مبلغ تایید شده قبل از کسر فرانشیز(ریال) | توضیحات |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

کد ملی بیمه شده اصلی: شماره تلفن همراه:

شماره حساب و شبای بیمه شده اصلی(به همراه نام بانک):

نام و نام خانوادگی و امضاء تحویل دهنده: مهر و امضاء دبیر خانه: