

فرم ارسال مدارک درمانی



فرم ارسال مدارک جهت پرداخت هزینه های درمانی کارکنان .....

کد پرسنلی	نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی		محل خدمت		کد ملی			
	استان	شعبه	کد ملی					
			شماره کارت	شماره حساب				
تهران		ستاد						
این قسمت توسط کارمند تکمیل می گردد			این قسمت توسط شرکت بیمه تکمیل می گردد					
مشخصات نسخه دارویی			محاسبات شرکت بیمه					
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نسبت	موضوع هزینه	تاریخ هزینه	جمع هزینه (ریال)	فرانشیز	جمع قابل پرداخت (ریال)	توضیحات
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
جمع کل هزینه ها			جمع قابل پرداخت					
تاریخ ارسال مدارک پزشکی:		تحویل گیرنده:		محاسبه کننده:		تأیید کننده:		تاریخ حواله:
امضاء بیمه شده اصلی:		تاریخ و امضاء:		تاریخ و امضاء:		تاریخ و امضاء:		شماره حواله:
								شماره لیست: