

**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 و نام خانوادگی بیمار:		کد ملی بیمار:		موضوع هزینه:		تاریخ هزینه:	
مبلغ قابل پرداخت		فرانشیز		کسورات تعرفه		مبلغ هزینه	
ردیف		نام و نام خانوادگی بیمار		کد ملی بیمار		موضوع هزینه	
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 و به هیچ 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 و نام خانوادگی بیمار:		کد ملی بیمار:		موضوع هزینه:		تاریخ هزینه:	
مبلغ قابل پرداخت		فرانشیز		کسورات تعرفه		مبلغ هزینه	
ردیف		نام و نام خانوادگی بیمار		کد ملی بیمار		موضوع هزینه	
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 و به هیچ عنوان پذیرش نگردد.