

بیمه پاسارگاد فرم ارائه هزینه دندان پزشکی پرسنل به ارتقا سلامت پاسارگاد

شرکت تاریخ :

ردیف	نام نام خانوادگی بیمار	کد ملی بیمار	نوع هزینه	تاریخ انجام هزینه	تعداد صفحات	مبلغ فاکتور	شماره تماس	امضا
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
۹								
۱۰								
۱۱								
۱۲								
۱۳								
۱۴								
۱۵								

مدارک مورد نیاز برای دریافت خسارت

۱- گرافی یا عکس قبل از کار

۲- گرافی یا عکس بعد از کار

۳- اصل صورت حساب خدمات (شرح خدمات انجام شده، شماره دندان، مبلغ دریافتی)

قابل ذکر است در صورت تحت پوشش بودن خدمات ایمپلنت و ارتودنسی در قرارداد، گرفتن تأییدیه پزشک معتمد شرکت بیمه قبل از شروع درمان الزامی است.