

فرم اعلام خسارت هزینه های درمانی قرارداد دانشگاه علوم پزشکی ایران



نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:..... کد ملی بیمه شده اصلی:..... تلفن تماس:..... طرح:.....

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی بیمار	نسبت	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ هزینه	مبلغ تایید شده	فرانشیز+ کسورات اعمال تعرفه	مبلغ نهایی قابل پرداخت	شماره حواله و تاریخ حواله	توضیحات عودت
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											
۷											
۸											
۹											

****توجه****

- هزینه های بستری بیمارستانی و بیماران خاص در فرم جداگانه تکمیل گردد.

تاریخ تحویل مدارک: / /

- ثبت کامل و صحیح مشخصات بیمه شده، هزینه ها بدون خط خوردگی جهت تسریع در پرداخت هزینه الزامی می باشد.

نام تحویل گیرنده مدارک:

نام و نام خانوادگی ارزیاب: مهر و امضا ارزیاب:

امضا تحویل گیرنده: