



فرم اعلام خسارت هزینه های درمانی



محرمانه

بیمار خاص

دانشگاه تهران

دانشکده:

پردیس:

شاغل:

بازنشسته:

تاریخ ۱۹۹/۰۸/۰۱ الی ۱۴۰۰/۰۷/۳۰ طرح ۱

قرارداد ۹۹-۱۴۰۰

نام بیمه شده اصلی:

کد ملی بیمه شده اصلی:

شماره تماس:

طرح ۲

ردیف

نام بیمار

کد ملی بیمار

نسبت

نوع هزینه

تاریخ هزینه

مبلغ پرداختی

مبلغ تایید شده

۱

۲

۳

۴

۵

۶

۷

۸

۹

۱۰

تاریخ تحویل پرونده به واحد بیمه ایران:

تاریخ کارشناسی:

کاربر تحویل گیرنده:

تاریخ حواله: