



فرم اعلام خسارت هزینه های درمانی



محرمانه

بیمار خاص

قابل توجه بیمه شدگان محترم درج نام واحد در هر سه فرم الزامی می باشد.

<input type="checkbox"/> طرح 1	از تاریخ 1400/08/01 الی 1401/07/30	<input type="checkbox"/> شاغل:	نام واحد:	دانشگاه تهران
		<input type="checkbox"/> بازنشسته:		

<input type="checkbox"/> طرح 2	شماره تماس:	کد ملی بیمه شده اصلی:	نام بیمه شده اصلی:	قرارداد 1400-1401
--------------------------------	-------------	-----------------------	--------------------	-------------------

ردیف	نام بیمار	کد ملی بیمار	نسبت	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ پرداختی	مبلغ تایید شده
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

تاریخ تحویل پرونده به واحد بیمه ایران:	تاریخ کارشناسی:
کاربر تحویل گیرنده:	تاریخ حواله: