

نام طرح نام بیمه شده اصلی کد ملی بیمه شده اصلی

شماره تماس

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نسبت با بیمه شده اصلی	تاریخ هزینه	عنوان هزینه	مبلغ اعلام شده (ریال)	مبلغ تأیید شده (ریال)	فرانشیز دارد/ ندارد
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							

کارشناس محترم لطفاً در صورت نقص مدارک و با عدم تعهد هزینه بر اساس ردیف ثبت نسبت به درج توضیحات اقدام گردد.

ردیف ثبت	نام و نام خانوادگی بیمار	عنوان هزینه	توضیحات (نقص مدارک / علت عدم تعهد)
۱			
۲			
۳			

مهر و امضاء کارشناس مالی

مهر و امضاء کارشناس ریچک

مهر و امضاء ارزیاب خسارت

تاریخ تحویل:

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:

تعداد اسناد پاراکلینیک:

تعداد اسناد بیمارستانی:

مهر و امضاء تحویل گیرنده مدارک