

## "مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های پاراکلینیکی"

- ۱- نامه معرفی از بیمه گذار
- ۲- کپی کارت بیمه (در صورت داشتن شماره قرارداد در نامه الزامی نیست)
- ۳- اصل قبض پرداختی ممهور به مهر
- ۴- دستور پزشک و کپی جواب
- ۵- کپی صفحه اول دفترچه بیمار و بیمه شده اصلی
- ۶- در صورت مغایرت نام کارگاه در دفترچه با نام بیمه گذار، کپی حکم کارگزینی یا فیش حقوقی
- ۷- از تاریخ انجام هزینه تا ۴ ماه، فرصت جهت ارسال هزینه ها می باشد. لذا له صورت جمعی هر چند وقت یکبار (ماهانه یا ۲ ماه یکبار) ارسال نمایید.



اظهار نامه هزینه درمانی

نام بیمه گذار:

شماره بیمه نامه:

واحد صدور:

شماره:

تاریخ:

پیوست:

«این قسمت توسط بیمه گذار تکمیل میگردد»

«این قسمت توسط بیمه گر تکمیل میگردد»  
(اقدام بریال)

ردیف	نام بیمه شده	نام بیمه شده اصلی	نسبت با بیمه شده اصلی	تاریخ انجام هزینه	عنوان هزینه	مبلغ	کسورات		مبلغ قابل پرداخت
							تضییقی	فرانشیز	
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									
۸									
۹									
۱۰									
۱۱									
۱۲									
۱۳									
۱۴									
۱۵									
۱۶									
۱۷									
۱۸									
۱۹									
۲۰									

مهر و امضاء بیمه گذار:

جمع مبلغ قابل پرداخت

ملاحظات:

امضاء مسئول:

امضاء کارشناس: