|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رسید تحویل اسناد درمانی به شرکت بیمه ایران** | | | | | |
| **نام ونام خانوادگی بیمه شده اصلی : کدملی بیمه شده اصلی :**  **نام واحد محل خدمت : تاریخ تحویل مدارک: شماره تماس مستقیم : شماره همراه :** | | | | | |
| ردیف | نام ونام حانوادگی بیمار | کد ملی بیمار | تاریخ فاکتور | مبلغ فاکتور هزینه | مبلع تایید شده از طرف بیمه ایران |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |

**یادآوری 1: برای پرداخت هزینه هایی که به صورت آزاد محاسبه شده ،ارائه سربرگ پزشک الزامی است .**

**امضاء بیمه شده اصلی : امضاء رابط بیمه ایی :**

**...............................................................................................................................................................................................................................**

|  |  |
| --- | --- |
| **رسید تحویل اسناد درمانی به شرکت بیمه ایران** | |
| **نام واحد محل خدمت :** | **تاریخ تحویل مدارک : شماره حواله :** |
| **نام ونام خانوادگی بیمه شده اصلی :** | **تاریخ وامضا تحویل گیرنده :** |
| **تعدادفاکتورهای هزینه :** |
| **نام تحویل گیرنده مدارک :** |