



بیمه سینا

## فرم ارسال مدارک جهت پرداخت هزینه های درمانی

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی	محل خدمت		کد ملی	شماره حساب	شماره تماس				
	اداره/سازمان	شهر							
این قسمت توسط کارمند تکمیل گردد			این قسمت توسط بیمه تکمیل گردد						
مشخصات نسخه دارویی			محاسبات شرکت بیمه						
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کدملی بیمار	موضوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ هزینه (ریال)	فرانشیز	سایر کسورات	مبلغ قابل پرداخت (ریال)	توضیحات
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									
۸									
۹									
۱۰									
جمع کل هزینه ها			مبلغ قابل پرداخت						
تاریخ ارسال مدارک پزشکی:		تحویل گیرنده:		محاسبه کننده:		تایید کننده:		تاریخ پرداخت/واریز وجه:	
امضا بیمه شده اصلی:		تاریخ تحویل:		تاریخ و امضا:		تاریخ و امضا:			

جهت تحویل مدارک و هزینه های درمانی به آدرس بلوار مدرس حد فاصل مدرس ۵۹ و ۶۱ شرکت بیمه سینا مراجعه نمائید. تلفن تماس: ۰۵۶۳۲۲۳۳۷۷-۸

جهت مشاوره و صدور انواع بیمه نامه ها: بیمه سینا نمایندگی مهدی آواره (۲۵۲۲) آدرس: بلوار صیاد شیرازی مجتمع تجاری میرداماد واحد ۹۱

تلفن همراه: ۰۹۱۵۵۶۲۱۷۷۳

تایم: ۰۵۶۳۲۲۳۹۲۲۲