



فرم ارسال مدارک جهت پرداخت هزینه های درمانی

نام ونام خانوادگی بیمه شده اصلی	محل خدمت		کدملی	شماره حساب	شماره تماس				
	اداره/سازمان	شهر							
این قسمت توسط کارمند تکمیل گردد			این قسمت توسط بیمه تکمیل گردد						
مشخصات نسخه داروئی			محاسبات شرکت بیمه						
ردیف	نام ونام خانوادگی بیمار	کد ملی 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			جمع قابل پرداخت						
تاریخ ارسال مدارک پزشکی:		تحویل گیرنده:		محاسبه کننده:		تایید کننده:		تاریخ پرداخت/ واریز وجه:	
امضاء بیمه شده اصلی:		تاریخ تحویل:		تاریخ و امضاء:		تاریخ و امضاء:			

مدارک مورد نیاز برای پرداخت هزینه ها:

- هزینه های پاراکلینیکی و سربانی:

تصویر صفحه اول دفترچه تامین اجتماعی بیمار

اصل قبض پرداخت وجه

تصویر نتیجه خدمات (مثل جواب سونوگرافی، جواب اسکن، جواب آزمایش و ...)

دستور پزشک معالج ممهور به مهر پزشک معالج

هزینه های ویزیت و دارو:

جهت دریافت هزینه ویزیت: نسخه پزشک معالج به انضمام فاکتور

جهت دریافت هزینه دارو: نسخه پزشک معالج ممهور شده به مهر پزشک به انضمام فاکتور داروخانه (در مواردی که نسخه ناخوانا باشد فاکتور

ریز داروها یا پرینت داروخانه با ذکر نام داروها)