



فرم مربوط به هزینه های درمانی پرسنل شرکت دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

تاریخ:

شرکت آبخار آتیه کد ۵۳۰۳۳

پذیرش:

این قسمت توسط بیمه شده اصلی تکمیل می گردد .

بیمه شده اصلی:

تلفن همراه :

پست سازمانی:

ر د ی ف	نام بیمار	کد ملی بیمار	نسبت	عنوان هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ	مبلغ قابل پرداخت
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							

مجموع :

تذکر :

۱- درج کد ملی هر بیمار در ستون دوم الزامیست.

۲- این فرم مخصوص بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل می باشد و می بایست توسط بیمه شده اصلی تکمیل گردد .

۳- در هر برگ هزینه بطور مشخص میبایست نام بیمار و تاریخ و مبلغ پرداخت شده و ریز اقلام کامپیوتری دارویی ممهور به مهر داروخانه ثبت گردیده باشد .

۴ - از ارسال هزینه های دندانپزشکی و یا بیمارستانی به همراه هزینه های پاراکلینیکی در یک فرم خودداری فرمایید .

توضیحات :

مهر و امضاء شرکت بیمه گذار

امضا و تاریخ بیمه شده اصلی