|  |
| --- |
|  **رسید تحویل اسناد درمانی به شرکت بیمه البرز شماره حواله :** |
| **نام ونام خانوادگی بیمه شده اصلی : کدملی بیمه شده اصلی : نوع طرح: طلایی:** **نام واحد محل خدمت : تاریخ تحویل مدارک: نقره ایی : شماره تماس مستقیم : شماره همراه : شماره تماس رابط بیمه واحد :** |
| ردیف | نام ونام حانوادگی بیمار | موضوع هزینه  | تاریخ فاکتور | مبلغ فاکتور هزینه  | کسورات  | مبلع قابل پرداخت از طرف بیمه البرز |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |

 **یادآوری 1 : به منظور تسریع درفرایند پرداخت ،هزینه های دندانپزشکی وبیمارستانی دررسید های جداگانه ثبت شود .**

 **یادآوری 2: برای پرداخت هزینه هایی که به صورت آزاد محاسبه شده ،ارائه سربرگ پزشک الزامی است .(عینک)**

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

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

|  |
| --- |
|  **رسید تحویل اسناد درمانی به شرکت بیمه البرز** |
| **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 :** |