

فرم آنالیز خسارت درمان

		شرکت بیمه البرز				
		فرم دریافت مدارک				
شماره تماس:		کد ملی:			بیمه شده اصلی:	
توضیحات	مبلغ فاکتور	تاریخ هزینه	نوع هزینه	شماره ملی بیمار	نام بیمار	ردیف
		۱۴۰ / /				۱
		۱۴۰ / /				۲
		۱۴۰ / /				۳
		۱۴۰ / /				۴
		۱۴۰ / /				۵
		۱۴۰ / /				۶
		۱۴۰ / /				۷
		۱۴۰ / /				۸
جمع کل						
امضا بیمه شده اصلی:			۱۴۰ / /	تاریخ تکمیل فرم		
امضا نماینده تحویل گیرنده:			۱۴۰ / /	تاریخ تکمیل فرم		

فرم آنالیز خسارت درمان

		شرکت بیمه البرز				
		فرم دریافت مدارک				
شماره تماس:		کد ملی:			بیمه شده اصلی:	
توضیحات	مبلغ فاکتور	تاریخ هزینه	نوع هزینه	شماره ملی بیمار	نام بیمار	ردیف
		۱۴۰ / /				۱
		۱۴۰ / /				۲
		۱۴۰ / /				۳
		۱۴۰ / /				۴
		۱۴۰ / /				۵
		۱۴۰ / /				۶
		۱۴۰ / /				۷
		۱۴۰ / /				۸
جمع کل						
امضا بیمه شده اصلی:			۱۴۰ / /	تاریخ تکمیل فرم		
امضا نماینده تحویل گیرنده:			۱۴۰ / /	تاریخ تکمیل فرم		