



بیمه گزار و شماره بیمه نامه:

فرم هزینه های درمانی بیمه شدگان تحت پوشش شرکت بیمه معلم

تلفن تماس:

واحد سازمانی:

تعداد مدارک پیوست:

شماره پرسنلی:

مشخصات بیمه شده اصلی:

ردیف	نام بیمار	نسبت با بیمه شده اصلی	تاریخ هزینه	نوع هزینه		شماره پرسنلی	تعداد مدارک پیوست:	مبلغ پرداخت شده توسط بیمار(رئال)	فرانشیز	مبلغ تایید شده	توضیحات
				پاراکلینیکی	بیمارستانی						
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											
۷											
۸											
۹											
۱۰											
۱۱											
۱۲											
۱۳											
۱۴											

حروف:

مبلغ قابل پرداخت:

کارشناس خسارت درمان: تاریخ و امضا

جمع مبلغ:

بیمه گزار: تاریخ و امضا:

نام و نام خانوادگی بیمه شده: تاریخ و امضا

تذکر: هر گاه هزینه درمانی که ضمیمه فرم می شود، میانگین دارای نام و نام خانوادگی بیمار، تاریخ و مبلغ پرداخت شده مشخص، ریز اقلام دارویی و صهر پزشکی با مرکز درمانی مربوطه بصورت خوانا باشد.