



فرم تحویل مدارک درمانی

شماره قرارداد: ۱۳۹۳/۴۰۰/۹۹۷۶/

نام سازمان (بیمه گذار):

شرکت خدمات بیمه ای پشتوانه فردای سبز

احتراماً به پیوست تعداد برگ مدارک مورد نیاز جهت بررسی و پرداخت هزینه یکی از بیمه شدگان قرارداد فوق با مشخصات ذیل از طریق نماینده این شرکت بحضورتان ارسال می گردد.

مشخصات بیمه شده (بیمار) و بیمه شده اصلی (پرنسل اصلی):

نام نام خانوادگی بیمه شده: کد ملی بیمه شده:

نسبت با بیمه شده اصلی: نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:

کد ملی بیمه شده اصلی:

شماره حساب ملت بیمه شده اصلی:

در صورت عدم حساب ملت شماره شبا بیمه شده اصلی:

شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی:

امضاء بیمه گذار:

لطفاً تعداد هزینه و تعداد برگه تحویلی و مبلغ هزینه خود را در جدول ذیل بنویسید.

ردیف	نوع هزینه	تعداد هزینه	تعداد برگه تحویلی	مبلغ هزینه
۱	بیمارستانی			
۲	آزمایش			
۳	رادیولوژی			
۴	MRI-CTS			
۵	ویزیت			
۶	دارو			
۷				
۸				
۹				