



مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه ریزی

لیست هزینه‌های درمان

شماره بیمه‌نامه

تاریخ تحویل:

شماره همراه:

کد ملی سرپرست:

نام و نام خانوادگی سرپرست (کارمند):

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی بیمار	نسبت با بیمه شده اصلی	تاریخ هزینه	نوع هزینه	مبلغ پرداختی بیمار	لطفا در این دو ستون چیزی نوشته نشود	
							مبلغ مورد تایید	توضیحات
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
۹								
۱۰								
۱۱								
۱۲								
۱۳								
۱۴								
۱۵								
۱۶								
۱۷								
۱۸								
جمع کل:						ریال		
امضاء بیمه شده:				امضاء کارشناس:				

تذکر: بیمه شدگان محترم جهت دریافت هزینه‌های سونوگرافی، MRI، انواع اسکن، رادیوگرافی و آزمایشات کپی گزارش ضمیمه گردد. ارائه اصل فاکتور پرداختی و دستور پزشک الزامی می‌باشد.
 - مدارک مربوط به مشاوره فقط شامل مشاوره‌های روانپزشکی و متخصص اعصاب و روان می‌باشد و علت آن باید ذکر گردد در غیر این صورت پرداخت نمی‌گردد.
 - OPG قبل دندان درباره قرارداد بیمه برای دریافت خسارت الزامی می‌باشد در غیر این صورت عودت داده می‌شود.