**فرم تحویل مدارک وخلاصه راهنمای استفاده از خدمات درمانی بیمه البرز**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:** | | | | | **کد بیمه شده اصلی :** | | | | **طرح** | |
| **محل کاربیمه شده اصلی :** | | | **شماره حساب بانک ملت بیمه شده اصلی:** | | | | | | | |
| **شماره بیمه نامه** | | | **تلفن ثابت** | | | | **تلفن همراه:** | | | |
| **ردیف** | **نام بیمار** | **نسبت** | | **نوع هزینه** | | **تاریخ هزینه** | | **مبلغ** | | **تعداد** |
| **1** |  |  | |  | |  | |  | |  |
| **2** |  |  | |  | |  | |  | |  |
| **3** |  |  | |  | |  | |  | |  |
| **4** |  |  | |  | |  | |  | |  |
| **5** |  |  | |  | |  | |  | |  |
| **6** |  |  | |  | |  | |  | |  |
| **7** |  |  | |  | |  | |  | |  |
| **8** |  |  | |  | |  | |  | |  |

**محل امضاء بیمه شده اصلی**