## فرم ارسال هزینه های درمانی سرپایی (پاراکلینیکی، دندانپزشکی، دارو، آزمایش و ...)

| نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی: (الزامی) | کد ملی بیمه شده اصلی: (الزامی) | شماره بیمه نامه: | تلفن تماس: (الزامی) |
|---|---|---|---|
| | | نام بیمه گذار: **دانشگاه گلستان** | گیرنده وجه: |

| ردیف | نام و نام خانوادگی بیمار | موضوع هزینه | تاریخ هزینه | مبلغ هزینه **ریال** | کسورات و مازاد بر سقف | فرانشیز | مبلغ قابل پرداخت |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| ۱ | | | | | | | |
| ۲ | | | | | | | |
| ۳ | | | | | | | |
| ۴ | | | | | | | |
| ۵ | | | | | | | |
| ۶ | | | | | | | |
| | **(الزامی) جمع:** | | | | | | |

* لطفاً این قسمت توسط بیمه شده تکمیل گردد *

* لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید *

| امضاء و تاریخ ارسال (الزامی) | ملاحظات: |
|---|---|

نام پذیرش کننده: نام محاسب: نام تأیید کننده:
تاریخ و امضاء تاریخ و امضاء تاریخ و امضاء

**تذکر:**
۱ـ هر برگ هزینه ارسالی می بایست دارای نام و نام خانوادگی بیمار، تاریخ انجام هزینه و مبلغ پرداخت شده ممهور به مهر پزشک و یا مرکز درمانی باشد.
۲ـ جهت پرداخت هزینه می بایست تصویر کارت درمانی همراه با تصویر دفترچه بیمه گر پایه ارائه گردد.

۱/۲۷ـ سری دوم ـ ۹۶/۱۰ـ ۱۰۰۰۰۰ برگ

**لطفا از اینجا برش بزنید**


## فرم ارسال هزینه های درمانی سرپایی (پاراکلینیکی، دندانپزشکی، دارو، آزمایش و ...)

| نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی: (الزامی) | کد ملی بیمه شده اصلی: (الزامی) | شماره بیمه نامه: | تلفن تماس: (الزامی) |
|---|---|---|---|
| | | نام بیمه گذار: **دانشگاه گلستان** | گیرنده وجه: |

| ردیف | نام و نام خانوادگی بیمار | موضوع هزینه | تاریخ هزینه | مبلغ هزینه **ریال** | کسورات و مازاد بر سقف | فرانشیز | مبلغ قابل پرداخت |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| ۱ | | | | | | | |
| ۲ | | | | | | | |
| ۳ | | | | | | | |
| ۴ | | | | | | | |
| ۵ | | | | | | | |
| ۶ | | | | | | | |
| | **(الزامی) جمع:** | | | | | | |

* لطفاً این قسمت توسط بیمه شده تکمیل گردد *

* لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید *

| امضاء و تاریخ ارسال (الزامی) | ملاحظات: |
|---|---|

نام پذیرش کننده: نام محاسب: نام تأیید کننده:
تاریخ و امضاء تاریخ و امضاء تاریخ و امضاء

**تذکر:**
۱ـ هر برگ هزینه ارسالی می بایست دارای نام و نام خانوادگی بیمار، تاریخ انجام هزینه و مبلغ پرداخت شده ممهور به مهر پزشک و یا مرکز درمانی باشد.
۲ـ جهت پرداخت هزینه می بایست تصویر کارت درمانی همراه با تصویر دفترچه بیمه گر پایه ارائه گردد.

۱/۲۷ـ سری دوم ـ ۹۶/۱۰ـ ۱۰۰۰۰۰ برگ