بیمه دانا

فرم پرداخت هزینه های گفتار درمانی و کاردرمانی

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی : **کد ملی بیمه شده اصلی:**

مشخصات بیمار :

مدارک مورد نیاز :

- ✓ دستور پزشک معالج مبنی بر نیاز به انجام خدمات
- ✓ توضیح مرکز ارائه دهنده خدمت به همراه فاکتور
- ✓ ارائه سیر پیشرفت درمان توسط پزشک معالج متخصص در ابتدای هر فصل

ردیف	تاریخ معالجه	نوع خدمات	امضاء بیمه شده
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			
۹			
۱۰			