



فرم کارشناسی هزینه های پاراکلینیکی

شماره سند: FM-HI-60/02

تاریخ: / / ۱۳

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

نام بیمه گذار:

نام مرکز درمانی:

شماره معرفی نامه:

نام بیمه شده اصلی:

کد ملی بیمه شده اصلی:

شماره تماس:

ردیف	نام بیمار	نوع بیماری	تاریخ هزینه	مبلغ اعلامی	مازاد تعرفه	فرانشیز	سهم بیمه گر اول	قابل پرداخت
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								

کد خدمت

توضیحات:

نام و مهر وامضاء تحویل گیرنده

نام و مهر وامضاء کارشناس ارزیاب

نام و مهر وامضاء تایید کننده