



فرم ارائه هزینه درمان کارکنان دانشگاه علامه طباطبائی



نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:			تلفن همراه:			کد ملی:			
کد پرسنلی:			محل خدمت:			نوع طرح:			
اطلاعات استفاده کننده از طرح درمان تکمیلی			این کادر توسط بیمه گر تکمیل میگردد.						
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی بیمار	نسبت	عنوان هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ هزینه	مبلغ تایید شده	فرانشیز	توضیحات
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									
۸									
۹									
۱۰									
جمع									

محل امضاء:

ریال

مبلغ به حروف: