

فرم تحویل صورتحساب پزشکی، بیمه درمان تکمیلی (قرارداد سازمان فنی و حرفه ای - شرکت بیمه حافظ)

نام بیمه شده اصلی:

شماره پرونده خسارت:

تلفن:

تحویل دهنده مدارک:

تاریخ دریافت مستندات:

ردیف	نام بیمار	نسبت	کد ملی بیمه شده اصلی	نوع اقدام درمانی	تاریخ صورت حساب	تعداد برگ های تحویلی	مبلغ صورت حساب اعلام شده (ریال)
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							

تحویل دهنده مدارک:

تحویل گیرنده مدارک

امضا

امضا

شماره کارت مورد تایید نمیباشد.