|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| بیمه شده اصلی :  بیمه شده:  بیمه گذار:  نوع تعهد:  سقف تعهدات:  فرانشیز :  شماره قرارداد:  تاریخ شروع قرارداد:  تاریخ انقضاء قرارداد:  کد ملی:  شماره حساب بانکی :  شماره تماس:  **توضیحات:**  نام و امضاء مسئول تشکیل دهنده:  تاریخ تشکیل پرونده: | **شرح خدمات** | **arm barjaste jolo ba neveshte.jpgمبلغ** | | |
| **تاریخ هزینه** | **درخواستی** | **مورد تایید کارشناس** |
| **جراحی سرپایی** |  |  |  |
| **رادیولوژی** |  |  |  |
| **MRI-SCAN** |  |  |  |
| **سونوگرافی** |  |  |  |
| **لیزر تراپی** |  |  |  |
| **نوار عصب و عضله** |  |  |  |
| **نوار مغز** |  |  |  |
| **اندسکوپی/کولونوسکوپی** |  |  |  |
| **آزمایشات** |  |  |  |
| **دارو** |  |  |  |
| **ویزیت** |  |  |  |
| **عینک** |  |  |  |
| **دندان پزشکی** |  |  |  |
| **سایر** |  |  |  |
| **جمع:** |  |  |  |
| سهم بیمه گر پایه / فرانشیز به میزان%  مبلغ قابل پرداخت | | |  |
|  |
| نام و امضاء بازبین: نام و امضاء کارشناس:  تاریخ محاسبه: | | | | |