صورت محاسبه هزینه های درمانی

الف : مشخصات بیمه شده اصلی	ب : مشخصات بیمه شده غیر اصلی
نام و نام خانوادگی :	نام و نام خانوادگی :
کد ملی :	کد ملی :
شماره پرسنلی :	نسبت با بیمه شده اصلی :
نشانی :	تلفن تماس:

شرح خدمت	تاریخ هزینه	مبلغ درخواستی	مبلغ مورد تایید
جراحی سرپایی			
رادیولوژی			
MRI			
انواع اسکن			
سونوگرافی			
فیزیوتراپی / کاردرمانی			
آنژیوگرافی			
لیزرتراپی			
نوار عصب و عضله			
نوار مغز / نوار چشم			
آندوسکوپی / کولونوسکوپی			
آزمایشات			
ویزیت			
دارو			
عینک			
بینایی سنجی			
سمعک			
دندانپزشکی			
آمبولانس			
سایر هزینه ها			

سهم بیمه گذار / فرانشیز به میزان ٪

مبلغ قابل پرداخت :

تاریخ تحویل :

نام و امضاء کارشناس :

نام و امضاء بازبین :

جهت اطلاع از نرخ و شرایط صدور سایر بیمه نامه ها، از قبیل ثالث، بدنه، آتش سوزی و مسئولیت ویژه پرسنل محترم با شماره های ذیل تماس حاصل فرمائید.

۰۹۱۲۲۳۱۰۴۳۵ - ۰۹۰۱۲۳۱۰۴۳۵ - ۳۳۳۶۳۶۴۳

آدرس : بلوار معلم، ابتدای خیابان بعثت، مجتمع تجاری معلم، بیمه ایران - نمایندگی سنجری (۳۵۲۱۹)