

رسید تحویل اسناد درمانی به شرکت بیمه دانا						
شماره حواله :						
نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی :		کدملی بیمه شده اصلی :		نوع طرح : عادی : <input type="checkbox"/>		نام واحد محل خدمت :
شماره تماس مستقیم :		شماره همراه :		تاریخ تحویل مدارک :		شماره تماس خدمات :
شماره تماس تماس رابط بیمه واحد :		طلایی : <input type="checkbox"/>		نقره ایی : <input type="checkbox"/>		شماره همراه :
مبلغ قابل پرداخت از طرف بیمه دانا		کسورات	مبلغ فاکتور هزینه	تاریخ فاکتور	موضوع هزینه	نام و نام خانوادگی بیمار
						۱
						۲
						۳
						۴
						۵
						۶
						۷
						۸
						۹
						۱۰
						۱۱
						۱۲
						۱۳
						۱۴
						۱۵

یادآوری ۱: به منظور تسریع در فرایند پرداخت، هزینه های دندانپزشکی و بیمارستانی در رسید های جداگانه ثبت شود.

یادآوری ۲: برای پرداخت هزینه هایی که به صورت آزاد محاسبه شده، ارائه سربرگ پزشک الزامی است.

امضاء رابط بیمه ایی :

امضاء بیمه شده اصلی :

رسید تحویل اسناد درمانی به شرکت بیمه دانا	
نام واحد محل خدمت :	تاریخ تحویل مدارک : شماره حواله :
نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی :	تاریخ و امضا تحویل گیرنده :
تعداد فاکتورهای هزینه :	
نام تحویل گیرنده مدارک :	