

رسید تحویل اسناد درمانی به شرکت بیمه البرز						
شماره حواله :						
نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی :		کدملی بیمه شده اصلی :		نوع طرح : <input type="checkbox"/> طلایی :		شماره حواله :
نام واحد محل خدمت :		تاریخ تحویل مدارک :		نقره ایی : <input type="checkbox"/>		شماره حواله :
شماره تماس مستقیم :		شماره همراه :		شماره تماس رابط بیمه واحد :		
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	موضوع هزینه	تاریخ فاکتور	مبلغ فاکتور هزینه	کسورات	مبلغ قابل پرداخت از طرف بیمه البرز
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 برگه سبز دفترچه بیمه الزامی است. (عینک)

امضاء بیمه شده اصلی : امضاء رابط بیمه ایی :

رسید تحویل اسناد درمانی به شرکت بیمه البرز	
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 :	