



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی استان اصفهان

روکش لیست هزینه‌های درمانی کارکنان

احتراماً در تاریخ..... روز..... تعداد..... فرم آنالیز اسناد هزینه‌های پزشکی مربوط به بیمه‌شدگان شاغل در مرکز..... تحویل شرکت بیمه البرز واقع در..... گردید.

توسط کارشناس امور بیمه‌ای واحد تکمیل گردد.

ردیف	نام بیمه شده محترم	موضوع هزینه		تاریخ تحویل هزینه به بیمه‌گر	جمع هزینه اعلام شده	توضیحات
		تعداد اسناد هزینه‌های پاراکلینیکی	تعداد اسناد هزینه بستری			
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						
۱۱						
۱۲						
۱۳						
۱۴						
۱۵						
۱۶						
۱۷						
۱۸						
۱۹						
۲۰						
۲۱						
۲۲						
				جمع		

امضا کارشناس بیمه البرز
تحویل گیرنده اسناد هزینه
تاریخ

امضا رابط امور بیمه‌ای واحد
تاریخ