

"فرم اعتراض بیمه شده درمان"

نام و نام خانوادگی	کد ملی	شماره همراه

محل خدمت	تاریخ تحویل	نوع هزینه ها

شرح اعتراض:

این قسمت توسط کارشناس بیمه تکمیل می‌گردد:

نتیجه بررسی اعتراض: