

کد: FO-LG-۳۴-۰۰

صفحه: ۱ از ۱

### فرم رسیدگی به اسناد پزشکی بیمه شدگان درمان تکمیلی گروهی



| تاریخ ارسال مدارک:                                 |                |        |                                     |                  | نام بیمه گذار: |      |                                  |                          |               |
|--|----------------|--------|-------------------------------------|------------------|----------------|------|----------------------------------|--------------------------|---------------|
| این قسمت توسط واحد پرداخت خسارت درمان تکمیل می شود |                |        | این قسمت توسط بیمه شده تکمیل می شود |                  |                |      |                                  |                          |               |
| توضیحات  | مبلغ تایید شده | کسورات | مبلغ درخواستی                       | تاریخ انجام خدمت | نوع خدمت       | نسبت | نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی | نام و نام خانوادگی بیمار | ردیف          |
|  |                |        |                                     |                  |                |      |                                  |                          | ۱             |
|  |                |        |                                     |                  |                |      |                                  |                          | ۲             |
|  |                |        |                                     |                  |                |      |                                  |                          | ۳             |
|  |                |        |                                     |                  |                |      |                                  |                          | ۴             |
|  |                |        |                                     |                  |                |      |                                  |                          | ۵             |
|  |                |        |                                     |                  |                |      |                                  |                          | ۶             |
|  |                |        |                                     |                  |                |      |                                  |                          | ۷             |
|  |                |        |                                     |                  |                |      |                                  |                          | ۸             |
|  |                |        |                                     |                  |                |      |                                  |                          | ۹             |
|  |                |        |                                     |                  |                |      |                                  |                          | ۱۰            |
|  |                |        |                                     |                  |                |      |                                  |                          | جمع کل (ریال) |

نام و امضاء کارشناس رسیدگی کننده:

نام و امضاء بیمه شده: