|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| بیمه شده اصلی :بیمه شده:بیمه گذار:نوع تعهد:سقف تعهدات:فرانشیز :شماره قرارداد:تاریخ شروع قرارداد:تاریخ انقضاء قرارداد:کد ملی:شماره حساب بانکی :شماره تماس:**توضیحات:**نام و امضاء مسئول تشکیل دهنده:تاریخ تشکیل پرونده: | **شرح خدمات** | **arm barjaste jolo ba neveshte.jpgمبلغ** |
| **تاریخ هزینه** | **درخواستی** | **مورد تایید کارشناس** |
| **جراحی سرپایی** |  |  |  |
| **رادیولوژی** |  |  |  |
| **MRI-SCAN** |  |  |  |
| **سونوگرافی** |  |  |  |
| **لیزر تراپی** |  |  |  |
| **نوار عصب و عضله** |  |  |  |
| **نوار مغز** |  |  |  |
| **اندسکوپی/کولونوسکوپی** |  |  |  |
| **آزمایشات** |  |  |  |
| **دارو** |  |  |  |
| **ویزیت** |  |  |  |
| **عینک** |  |  |  |
| **دندان پزشکی** |  |  |  |
| **سایر**  |  |  |  |
| **جمع:** |  |  |  |
| سهم بیمه گر پایه / فرانشیز به میزان% مبلغ قابل پرداخت |  |
|  |
| نام و امضاء بازبین: نام و امضاء کارشناس: تاریخ محاسبه: |