



پارسیان
برند

فرم دریافت اسناد بیمارستانی و پاراکلینیکی

شرکت پارسیان (سهامی خاص)

تاریخ: / /

شماره همراه: کد ملی: شماره پرسنلی: برگ هزینه های پزشکی بیمه شده اصلی آقا / خانم: ضمیمه می گردد.

توسط بیمه گر تکمیل گردد

توسط بیمه شده تکمیل گردد

ردیف	نام بیمار	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ هزینه اعلام شده(ریال)	توضیحات
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					

ریال

جمع

نتیجه بازرسی و استعلام از مرکز درمانی:

امضاء کارشناس دریافت کننده اسناد:

امضاء تحويل دهنده: