

مدارک پزشکی ارسالی به بیمه تکمیلی پارسیان

نماینده محترم بیمه تکمیلی پارسیان در واحد

با سلام و احترام

به پیوست تعداد برگ نسخه درمانی اینجانب
به شماره ملی شاغل در معاونت/مرکز
به شرح جدول ذیل جهت بررسی و پرداخت ارسال می گردد.

ردیف	نام بیمار	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ پرداختی
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				

درضمن مدارک ذیل به پیوست می باشد.

دستور پزشک خوانا با مهر پزشک اصل فیش هزینه پرداختی

تصویر جوابیه آزمایش، سونوگرافی، اسکن، تست ها و ...

اصل فیش پرداختی دارو (خوانا) با مهر داروخانه و مهر پزشک

تلفن همراه :

تاریخ :

امضا :

مدارک پزشکی ارسالی به بیمه تکمیلی پارسیان

نماینده محترم بیمه تکمیلی پارسیان در واحد

با سلام و احترام

به پیوست تعداد برگ نسخه درمانی اینجانب
به شماره ملی شاغل در معاونت/مرکز
به شرح جدول ذیل جهت بررسی و پرداخت ارسال می گردد.

ردیف	نام بیمار	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ پرداختی
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				

درضمن مدارک ذیل به پیوست می باشد.

دستور پزشک خوانا با مهر پزشک اصل فیش هزینه پرداختی

تصویر جوابیه آزمایش، سونوگرافی، اسکن، تست ها و ...

اصل فیش پرداختی دارو (خوانا) با مهر داروخانه و مهر پزشک

تلفن همراه :

تاریخ :

امضا :