

فرم درخواست بررسی مجدد هزینه های درمانی		
شماره رسید:	نام بیمه شده اصلی:	تاریخ تحویل مدارک :
نام اداره:	کد ملی بیمه شده اصلی:	نوع قرارداد:
نام بیمار:	نوع هزینه : بستری ☐ پاراکلینیکی ☐	شماره تماس :
	عینک ☐ دارو ☐ دندانپزشکی ☐	
تاریخ فاکتور :	مبلغ فاکتور :	مبلغ واریزی :
شرح درخواست:		

فرم درخواست بررسی مجدد هزینه های درمانی		
شماره رسید:	نام بیمه شده اصلی:	تاریخ تحویل مدارک :
نام اداره:	کد ملی بیمه شده اصلی:	نوع قرارداد:
نام بیمار:	نوع هزینه : بستری ☐ پاراکلینیکی ☐	شماره تماس :
	عینک ☐ دارو ☐ دندانپزشکی ☐	
تاریخ فاکتور :	مبلغ فاکتور :	مبلغ واریزی :
شرح درخواست:		