رسید دریافت مدارک درمانی

نام بیمه گذار محترم : .....

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی : ..... **کدملی بیمه شده اصلی : .....**

تاریخ تحویل مدارک : ..... **شماره همراه : .....**

ردیف	نام بیمار محترم	نوع خسارت	تاریخ فاکتور درمانی	مبلغ پرداختی/ریال	توضیحات
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					

*-بیمه شده محترم لطفاً فرم آنالیز را درحضور کارشناس بیمه کنترل نمایید، درغیر اینصورت اعتراض شما قابل پیگیری نمی باشد.

*-دریافت مدارک پیش از تایید پزشک معتمد بیمه گر، تعهدی برای پرداخت هزینه ها توسط بیمه گر ایجاد نمی نماید.

*-فاکتورهای هزینه درمانی دارو و دندان صرفاً پس از تایید پزشک معتمد و طی بازه زمانی حداقل ۱۵ روز از تاریخ تحویل مدارک قابل پرداخت می باشد.

*-فاکتور های هزینه درمانی بیمارستانی صرفاً پس از تایید پزشک معتمد طی بازه زمانی حداقل ۴۰ روز کاری از تاریخ تحویل مدارک قابل پرداخت می باشد.

بیمه البرز

بهین پوشش البرز
شرکت خدمات بیمه ای

محل تحویل مدارک: شعبه ۱) شیراز، بلوار بعثت، نرسیده به زرهی، ساختمان دکوران، طبقه ۴، واحد ۱۵ تلفن : ۰۷۱-۳۶۴۹۹۶۲۹

شعبه۲) مرودشت، نبش خیابان مدرس، مجتمع پاسارگاد تلفن: ۰۷۱-۴۳۳۳۵۰۴۱