

فرم رسیدگی به اسناد پزشکی بیمه شدگان درمان تکمیلی گروهی							شرکت بیمه دانا		
تاریخ ارسال مدارک :					نام بیمه گذار :				
این قسمت توسط واحد پرداخت خسارت درمان تکمیل می شود					این قسمت توسط بیمه تکمیل شود :				
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی	نسبت	نوع خدمت	تاریخ انجام خدمت	مبلغ درخواستی	کسورات	مبلغ تایید شده	توضیحات
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									
۸									
۹									
۱۰									
جمع کل (ریال) :									
نام امضاء کارشناس رسیدگی کننده:					نام و امضاء بیمه شده :				