|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آنالیز خسارت درمان (هزینه های پاراکلینیکی)** | | | | | | | | | | | |
| **پرونده :** | | **شماره همراه بیمه گذار:** | | | **تاریخ تحویل مدارک :** | | | **بیمه گذار:** | | | |
| **خسارت قابل پرداخت** | **سایر کسورات** | **فرانشیز** | **خارج از تعهد** | **کد ملی ارزش نسبی** | **مبلغ هزنه(ریال)** | **تاریخ هزینه** | **نوع هزینه** | **شماره ملی بیمار** | **نام بیمار** | **ردیف** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 10 |
|  |  |  |  |  | جمع کل : | | | | | |
| توضیحات : | | | | | | | | | | |
| **تایید کننده نهایی** | | | **پزشک معتمد** | | **تایید دارو و آزمایش** | | | **محاسب** | | |