|  |
| --- |
| **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** |