

هردو فرم بطور کامل و کاملاً مشابه تکمیل گردد



Fro7-11-00		کد فرم		وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی ( بیمه تکمیلی درمان گروهی) رسید تحویل مدارک				
		تاریخ						
توضیحات		مبلغ به ریال	تاریخ هزینه	نوع هزینه	کد ملی	نام بیمه شده	ردیف	شماره هزینه
نام و امضای کارشناس:		شماره تماس بیمه شده:		نام و امضای بیمه شده:				
شماره تماس در ساعت اداری			شماره فکس در ساعت اداری		واتس اپ			
26645941			26421099		0990455590			

\*\*بیمه شده محترم لطفاً مدارک درمانی شامل: پاراکلینیکی، دارو، بستری و ... مربوط به بیمه شده اصلی و افراد تبعی در یک فرم تحویل گردد.

\*\*لطفاً جهت مشاهده هزینه‌ها به سایت کمک رسان <https://www.iranassistance.com> مراجعه نموده و در قسمت پرتال اعضاء فعالسازی و ثبت نام نمایند.\*\*

\*\*جهت صدور معرفینامه در ساعات غیر اداری مدارک به شماره فکس ۶۲-۸۸۶۴۸۶۶۱ ارسال و جهت پیگیری با شماره ۸۸۶۴۸۴۲۱ داخلی ۶۷۰-۶۸۰ تماس حاصل فرمائید.\*\*

\*\*به سایت کمک رسان مراجعه نمائید (SOS) بیمه شده محترم جهت اطمینان از طرف قرارداد بودن مراکز درمانی با بیمه \*\*

هردو فرم بطور کامل و کاملاً مشابه تکمیل گردد



Fro7-11-00		کد فرم		وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی			
		تاریخ		( بیمه تکمیلی درمان گروهی) رسید تحویل مدارک			
توضیحات	مبلغ به ریال	تاریخ هزینه	نوع هزینه	کد ملی	نام بیمه شده	ردیف	شماره هزینه
نام و امضای کارشناس:		شماره تماس بیمه شده:		نام و امضای بیمه شده:			
شماره تماس در ساعت اداری		شماره فکس در ساعت اداری		واتس اپ			
26645941		26421099		09904555590			

\*\*بیمه شده محترم لطفاً مدارک درمانی شامل: پاراکلینیکی، دارو، بستری و ... مربوط به بیمه شده اصلی و افراد تبعی در یک فرم تحویل گردد.

\*\*لطفاً جهت مشاهده هزینه‌ها به سایت کمک رسان <https://www.iranassistance.com> مراجعه نموده و در قسمت پرتال اعضاء فعالسازی و ثبت نام نمائید.\*\*

\*\*جهت صدور معرفینامه در ساعات غیر اداری مدارک به شماره فکس ۶۲-۸۸۶۴۸۶۶۱ ارسال و جهت پیگیری با شماره ۸۸۶۴۸۴۲۱ داخلی ۶۷۰-۶۸۰ تماس حاصل فرمائید.\*\*