وزارت تعاون کارو رفاه اجتماعی

رسید تحویل مدارک(بیمه تکمیلی درمان گروهی)

بیمه شده اصلی:

نام اداره مربوطه

شماره هزینه	ردیف	نام بیمه شده	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ به ریال	توضیحات

نام و امضای کارشناس:

نام و امضای بیمه شده اصلی:

شماره تماس بیمه شده:

شماره تماس در ساعت اداری	شماره فکس در ساعت اداری
26645941	**26421099**

**بیمه شده محترم لطفا 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 ایران 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.****

****بیمه شده محترم جهت اطمینان از طرف قرارداد بودن مراکز درمانی با بیمه (sos) به سایت کمک رسان مراجعه فرمائید. ****