لیست هزینه های درمان شرکت: نوع قرارداد:

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی: کدملی بیمه شده اصلی:

شماره موبایل:

ردیف	نام	نام خانوادگی	کد ملی بیمار	نوع هزینه	تاریخ هزینه		مرکز ارائه خدمت	مبلغ اعلام شده (ریال)	مبلغ مورد تائید پزشک (ریال)
					پذیرش	ترخیص			
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									
۸									
۹									
۱۰									
۱۱									
۱۲									
۱۳									
۱۴									
۱۵									
۱۶									

									۱۷
									۱۸
									۱۹
									۲۰