گزارش تفکیکی عملکرد پذیرش اسناد بیمه شدگان

نام ونام خانوادگی نماینده : ..... *واحد :* .....

فرم پذیرش اسناد قرارداد: جهاد دانشگاهی *تاریخ تحویل اسناد به نماینده:* ...../...../.....۱۴

ردیف	نام بیمه شده اصلی	نام بیمار	شماره کد ملی	تعداد اسناد		نوع خدمت و تعداد اسناد									تلفن بیمه شده	تاریخ دریافت سند از بیمه شده
				سرپایی	بستری	ویزیت	سرپایی	دارو	آزمایش	تصویربرداری	فیزیوتراپی	دندانپزشکی	بستری (گلوبال)	بستری (غیرگلوبال)		
۱																
۲																
۳																
۴																
۵																
۶																
۷																
۸																
۹																
۱۰																
۱۱																
۱۲																
۱۳																
۱۴																
۱۵																

محل تایید،مهر،امضاء،نام و نام خانوادگی نماینده جهاد دانشگاهی		**محل تایید مهر و امضاءنام و نام خانوادگی نماینده آتیه سازان**	**محل تایید مهر و امضا نام و نام خانوادگی نمایندگی تحویل گیرنده اسناد**