

قابل توجه همکاران محترم

فرم جدید بیمه مازاد درمان مربوط به ماههای مرداد و شهریور پیوست می باشد .

مدارک مورد نیاز :

۱- تکمیل فرم و تایید مدیر محترم امور مالی

۲- اصل و یک نسخه تصویر قبض

۳- تصویر نسخه دستور پزشک مبنی بر انجام خدمات ۲ سری

۴- تصویر صفحه اول دفترچه بیمار و بیمه شده اصلی ۲ سری

تاریخ :

شماره :

فرم درخواست هزینه های مازاد درمان

	اینجانب	کارمند شاغل در قسمت	به شماره پرسنلی
	<input type="checkbox"/> عضو صندوق عادی <input checked="" type="checkbox"/> صندوق ویژه درخواست دریافت هزینه های مازاد درمان ذیل را دارم		
توسط کارمند تکمیل گردد	نام و نام خانوادگی بیمار	نسبت با بیمه شده اصلی	نوع هزینه
	مبلغ هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ هزینه
	تلفن تماس (الزامی) :		
	امضاء و تاریخ تحویل:		
توسط امور اداری تکمیل شود	بدینوسیله گواهی می شود بیمه شده اصلی و بیمار فوق در سال گذشته و جاری نیز عضویت پوشش مازاد درمان کارکنان دانشگاه را به شرح ذیل داشته اند		
	<u>صندوق عادی:</u>	شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی	۱۶۰ بیمار
	<u>صندوق ویژه:</u>	شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید : بیمه شده اصلی	۱۶۰ بیمار
		شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی	۱۶۰ بیمار
		شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید : بیمه شده اصلی	۱۶۰ بیمار
	مهر دانشگاه	امضاء دبیر کمیته	
مشخصات مبلغ واریزی به حساب صندوق	حق بیمه متعلق طی حواله شماره ۸۵۴۹۹ مورخ ۹۷/۶/۱۴ از طریق بانک ملی ارسنجان به مبلغ ۲۴۸,۴۰۰,۰۰۰ ریال (به حروف دویست و چهل و هشت میلیون و چهار صد هزار ریال) به حساب جاری ۰۱۱۴۱۷۱۴۱۷۰۰۹ به نام بیمه مازاد درمان کارکنان دانشگاه نزد بانک ملی شعبه دانشگاه آزاد (کد ۱۰۱۷) واریز و رسید آن طی نامه شماره ۴۸۲۹ مورخ ۹۷/۶/۱۴ به اداره کل منابع انسانی و سیاستهای رفاهی دانشگاه ارسال گردیده است .		
	مهر _ امضا _ تاریخ		
نظریه کمیته بیمه و رفاه واحد	نام بیمه شده اصلی :	نام بیمار :	
	نوع هزینه / عمل	تاریخ هزینه :	
	صورت هزینه های ارائه شده به مبلغ :	ریال (به حروف)	
	بیمه گر اول (تامین اجتماعی) به مبلغ :	ریال (به حروف)	
	موافقت کمیته به مبلغ :	ریال (به حروف)	
	مهر و امضای اعضای کمیته		
شماره حساب واحد	بانک	نام شعبه	کد شعبه
	ملی	ارسنجان	۷۲۸۶
	شماره حساب	شناسه واریز	شماره حساب
	---	---	۰۲۱۶۱۸۹۸۵۴۰۰۳
	درج شماره حساب الزامی می باشد		
توسط اداره کل منابع انسانی و سیاستهای رفاهی و یا دبیرخانه هیات انسانی استان تکمیل گردد	کسورات :		
	مبلغ قابل پرداخت :		
	تایید و امضاء کارشناس		

