



فرم اعلام خسارت هزینه های درمانی



<input type="checkbox"/> طرح دو		<input type="checkbox"/> طرح یک		از تاریخ ۹۶/۰۸/۰۱ الی ۹۷/۰۷/۳۰		<input type="checkbox"/> شاغل: <input type="checkbox"/> بازنشسته:		پرودیس:	دانشکده:	دانشگاه تهران
قرارداد جدید ۹۶-۹۷			شماره تماس:		کد ملی بیمه شده اصلی:			نام بیمه شده اصلی:		
ردیف	نام بیمار	کد ملی بیمار	نسبت	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ پرداختی	درصد	فرانشیز	مبلغ تایید شده	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

نام کارشناس:	تاریخ کارشناسی:	مربوط به نسخ درمانی قرارداد سال جدید (96-97)
--------------	-----------------	--