



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:		
مبلغ تایید شده	فرانشیز	درصد	مبلغ پرداختی	تاریخ هزینه	نوع هزینه	نسبت	کد ملی بیمار	نام بیمار	ردیف	
									1	
									2	
									3	
									4	
									5	
									6	
									7	
									8	
									9	
									10	

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