|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی شاکی:**  | **نام و نام خانوادگی بیمار:**  |
| **پزشک معالج:** | **تخصص:** |
| **بیمارستان:** | **شماره ثبت دبیرخانه:** |

 |
| **کدهای جراحی مورد تایید پزشک معتمد با توجه به شرح عمل:****لطفا کد خدمات ارائه شده با ذکر درصد به تفکیک اعلام گردد**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **کد** | **درصد** | **ردیف** | **کد** | **درصد** |
| **1** |  |  | **6** |  |  |
| **2** |  |  | **7** |  |  |
| **3** |  |  | **8** |  |  |
| **4** |  |  | **9** |  |  |
| **5** |  |  | **10** |  |  |

**تاریخ بررسی پرونده: مهر و امضاءپزشک معتمد** |
| **توضیحات تکمیلی پزشک معتمد در صورت لزوم :** |
| **اعلام نظر کارشناس اقتصاد درمان :****تاریخ بررسی پرونده: امضاء**  |