|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **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** |