



				کد پرسنلی :				کد نمایندگی : ۳۰۲۰		نام شرکت : آتیه سازان	
قرارداد جدید ۱۴۰۰-۱۳۹۹				شماره تماس :				کد ملی بیمه شده اصلی		نام بیمه شده اصلی :	
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	کد ملی بیمار	نسبت	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ پرداختی	درصد	فرانشیز	مبلغ تأیید شده	شماره حواله	
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											
۷											
۸											
۹											
۱۰											
۱۱											
۱۲											
۱۳											
۱۴											
مربوط به نسخ درمانی قرارداد سال جدید (۱۳۹۹)				تاریخ کارشناسی :		نام کارشناس :					

