

باسمه تعالی

لیست هزینه های درمان دانشگاه فرهنگیان قرارداد ۱۴۰۱/۷/۳۳۲/۳۳۲/۳

ردیف	تاریخ هزینه	نام و نام خانوادگی بیمار	کدملی بیمار	نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی	کدملی بیمه شده اصلی	نسبت بیمار با بیمه شده اصلی	نوع هزینه	مبلغ اعلام شده	مبلغ مورد تایید پزشک
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									
۸									
۹									
۱۰									

تذکر: بیمه شدگان محترم جهت دریافت هزینه های سونوگرافی، MRI، انواع اسکن، رادیوگرافی و آزمایشات کپی گزارش ضمیمه گردد. در صورت عدم ارسال کپی گزارش، هزینه مربوطه غیر قابل بررسی می باشد.