**بسمه تعالی**

**لیست هزینه های**  اتحادیه ناشران و کتابفروشان تهران  **قرارداد .....................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مبلغ مورد تایید پزشک** | **مبلغ اعلام شده** | **نوع هزینه** | **نسبت بیمار با بیمه شده اصلی** | **کد ملی بیمه شده اصلی** | **نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی** | **کد ملی بیمار** | **نام و نام خانوادگی بیمار** | **تاریخ هزینه** | **ردیف** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 10 |

 **تذکر: بیمه شدگان محترم جهت دریافت هزینه های سونو گرافی، MRI، انواع اسکن و آزمایشات رادیو گرافی، کپی گزارش ضمیمه گردد. در صورت عدم ارسال کپی گزارش، هزینه مربوطه غیر قابل بررسی می­باشد.**