دانشگاه صنعتی خواجه نصیرالدین طوسی

لیست هزینه های درمان شرکت: نوع قرارداد: طرح ۱ ☐ طرح ۲ ☐

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی: کد ملی بیمه شده اصلی:

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی بیمار	نوع بیمه	تاریخ هزینه		مرکز ارائه دهنده خدمت	مبلغ اعلامی (ریال)	مبلغ مورد تایید پزشک (ریال)
				پذیرش	ترخیص			
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
۹								
۱۰								
۱۱								
۱۲								