



گواهی طرح درمان دارو پرهزینه

محل الصاق عکس

شعبه

تکمیل توسط شعبه

شماره پرونده :

نام و نام خانوادگی :

نام پدر :

نسبت با بیمه شده اصلی :

کد ملی :

شماره شناسنامه :

تاریخ تولد :

نام بیمه گزار :

دفترکل / کد مستمری بگیر / کد پرسنلی :

استان بیمه شده :

آدرس و شماره تلفن ثابت و همراه بیمه شده :

تشخیص بیماری :

روش درمان : دارو درمانی

تاریخ شروع درمان :

طول مدت درمان و تعداد دوره های درمانی :

تکمیل توسط پزشک معالج

ردیف	نام دارو	تعداد	دوز مصرفی	تعداد دوره مصرف	فاصله بین هر دوره
1					
2					
3					
4					
5					

تاریخ تکمیل فرم :

مهر و امضا پزشک معالج :

آدرس و تلفن پزشک :

مهر و امضای رئیس اداره اسناد پزشکی :

مهر و امضای پزشک معتمد شعبه :