سازمان تامین اجتماعی

دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تامین اجتماعی استان اصفهان

تاریخ .....

برگ درخواست پذیرش نسخ پزشک

به پیوست نسخ و صورتحساب مربوط به خدمات ارائه شده در ماه سال با مشخصات ذیل ارسال می گردد.

شماره نظام پزشکی نام و نام خانوادگی دکتر تخصص سقف نسخ نسخ مازاد بر سقف

ساعات کار مطب

آدرس مطب شماره تلفن <<**مهر و امضا پزشک**>>

نوع نسخ	تعداد نسخ
ویزیت عادی	
ویزیت خاص	
خدمات جانبی عادی	
خدمات جانبی خاص	
جمع	

خدمات جانبی عادی

کد تعرفه	عنوان تعرفه	تعداد خدمات	مبلغ(سهم سازمان)

خدمات جانبی عادی

کد تعرفه	عنوان تعرفه	تعداد خدمات	مبلغ(سهم سازمان)

خدمات جانبی بیماران خاص

کد تعرفه	عنوان تعرفه	تعداد خدمات	مبلغ(سهم سازمان)

FRE01

سازمان تامین اجتماعی

دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تامین اجتماعی استان اصفهان

تاریخ .....

برگ درخواست پذیرش نسخ پزشک

به پیوست نسخ و صورتحساب مربوط به خدمات ارائه شده در ماه سال با مشخصات ذیل ارسال می گردد.

شماره نظام پزشکی نام و نام خانوادگی دکتر تخصص سقف نسخ نسخ مازاد بر سقف

ساعات کار مطب

آدرس مطب شماره تلفن <<**مهر و امضا پزشک**>>

نوع نسخ	تعداد نسخ
ویزیت عادی	
ویزیت خاص	
خدمات جانبی عادی	
خدمات جانبی خاص	
جمع	

خدمات جانبی عادی

کد تعرفه	عنوان تعرفه	تعداد خدمات	مبلغ(سهم سازمان)
602770	شستشوی گوش		
602765	جسم خارجی ازگوش		
300055	برداشت جسم خارجی ازبینی		
300005	آبسه یاهماتوم بینی یاتیغه بینی		
300195	آندوسکوپی تشخیصی سینوس		
200630	شکستگی بینی بدون مانیبولاسیون		
300345	لارنگوسکوپی غیر مستقیم		
602735	نمونه برداری گوش خارجی		
602725	درناژابسه گوش		
400090	بیوپسی زبان ،کف دهان		
400040	بیوپسی وستیبول دهان		
400390	بیوپسی ازحلق یابرداشتن جسم خارجی		
300010	نمونه برداری ازبینی		
300130	تامپون قدامی بینی یک یا دوطرفه		
600010	ازتیروئیدFNA		
300015	اکسزیون پولیپ یک یادوطرفه		

خدمات جانبی عادی

کد تعرفه	عنوان تعرفه	تعداد خدمات	مبلغ(سهم سازمان)

خدمات جانبی بیماران خاص

کد تعرفه	عنوان تعرفه	تعداد خدمات	مبلغ(سهم سازمان)

FRE02

سازمان تامین اجتماعی

دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تامین اجتماعی استان اصفهان

تاریخ .....

برگ درخواست پذیرش نسخ متخصص مغز واعصاب

به پیوست نسخ و صورتحساب مربوط به خدمات ارائه شده در ماه سال با مشخصات ذیل ارسال می گردد.

شماره نظام پزشکی نام و نام خانوادگی دکتر تخصص سقف نسخ نسخ مازاد بر سقف

ساعات کار مطب

آدرس مطب شماره تلفن <<**مهر و امضا پزشک**>>

نوع نسخ	تعداد نسخ
ویزیت عادی	
ویزیت خاص	
خدمات جانبی عادی	
خدمات جانبی خاص	
جمع	

خدمات جانبی عادی

کد تعرفه	عنوان تعرفه	تعداد خدمات	مبلغ(سهم سازمان)
901255	EMGیک اندام		
901260	EMGدواندام		
901265	EMGسه اندام		
901270	EMGچهاراندام		
901280	EMGصورت		
901220	EEG		

خدمات جانبی عادی

کد تعرفه	عنوان تعرفه	تعداد خدمات	مبلغ(سهم سازمان)

خدمات جانبی بیماران خاص

کد تعرفه	عنوان تعرفه	تعداد خدمات	مبلغ(سهم سازمان)

FRE03

سازمان تامین اجتماعی

دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تامین اجتماعی استان اصفهان

تاریخ .....

برگ درخواست پذیرش نسخ دندانپزشک

به پیوست نسخ و صورتحساب مربوط به خدمات ارائه شده در ماه سال با مشخصات ذیل ارسال می گردد.

شماره نظام پزشکی نام و نام خانوادگی دکتر تخصص سقف نسخ نسخ مازاد بر سقف

ساعات کار مطب

آدرس مطب شماره تلفن <<**مهر و امضا دندانپزشک**>>

نوع نسخ	تعداد نسخ
ویزیت عادی	
ویزیت خاص	
خدمات جانبی عادی	
خدمات جانبی خاص	
جمع	

خدمات جانبی عادی

کد تعرفه	عنوان تعرفه	تعداد خدمات	مبلغ(سهم سازمان)
700065	رادیوگرافی		
822110	کشیدن دندان قدامی		
822140	کشیدن دندان خلفی		
822180	کشیدن دندان عقل		
830000	آموزش بهداشت		
830001	جرم گیری وبروساژکامل یک فک		
840161	ترمیم یک سطحی دندان6 دانش آموزان		
840162	ترمیم دو سطحی دندان6 دانش آموزان		
840163	ترمیم سه سطحی دندان6 دانش آموزان		
830005	فیشورسیلانت دندان 6		
860000	وارنیش فلوراید دوفک		
830003	پروفیلاکسی وفلورایدتراپی		
840464	ترمیم اچ شیمیایی یک سطحی		
840466	ترمیم اچ شیمیایی دوسطحی		
840468	ترمیم اچ شیمیایی سه سطحی		
840470	ترمیم اچ نوری یک سطحی		
840472	ترمیم اچ نوری دوسطحی		
840474	ترمیم اچ نوری سه سطحی		

خدمات جانبی عادی

کد تعرفه	عنوان تعرفه	تعداد خدمات	مبلغ(سهم سازمان)

خدمات جانبی بیماران خاص

کد تعرفه	عنوان تعرفه	تعداد خدمات	مبلغ(سهم سازمان)

FRE06

سازمان تامین اجتماعی

دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تامین اجتماعی استان اصفهان

تاریخ .....

برگ درخواست پذیرش نسخ پزشک عمومی

به پیوست نسخ و صورتحساب مربوط به خدمات ارائه شده در ماه سال با مشخصات ذیل ارسال می گردد.

شماره نظام پزشکی نام و نام خانوادگی دکتر تخصص سقف نسخ نسخ مازاد بر سقف

ساعات کار مطب

آدرس مطب شماره تلفن <<**مهر و امضا پزشک**>>

نوع نسخ	تعداد نسخ
ویزیت عادی	
ویزیت خاص	
خدمات جانبی عادی	
خدمات جانبی خاص	
جمع	

خدمات جانبی عادی

کد تعرفه	عنوان تعرفه	تعداد خدمات	مبلغ(سهم سازمان)
100020	انسزیون ودرناژآبسه		
100030	انسزیون ودرآوردن جسم خارجی		
100085	تراشیدن یابریدن میخچه		
100095	برداشتن تکمه های پوستی متعدد		
100100	اکسزیون ضایعه خوش خیم کمتر از2سانت		
100105	اکسزیون ضایعه خوش خیم بیشتر از2سانت		
100135	کشیدن ناخن باهرتعداد		
100140	کشیدن ناخن درگوشت فرورفته		
100215	بخیه ساده بدن تا 20سانت		
100225	بخیه ساده صورت تا 20سانت		
100575	تخریب ضایعه خوش خیم تا 14ضایعه (زگیل)		
602765	جسم خارجی از گوش		
602770	شستشوی گوش		
601925	جسم خارجی ازچشم		

خدمات جانبی عادی

کد تعرفه	عنوان تعرفه	تعداد خدمات	مبلغ(سهم سازمان)

خدمات جانبی بیماران خاص

کد تعرفه	عنوان تعرفه	تعداد خدمات	مبلغ(سهم سازمان)

FRE04

دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تامین اجتماعی استان اصفهان

برگ درخواست پذیرش نسخ متخصص طب فیزیکی

به پیوست نسخ و صورتحساب مربوط به خدمات ارائه شده در ماه سال با مشخصات ذیل ارسال می گردد.

شماره نظام پزشکی نام و نام خانوادگی دکتر تخصص سقف نسخ نسخ مازاد بر سقف

ساعات کار مطب

آدرس مطب شماره تلفن <<**مهر و امضا پزشک**>>

نوع نسخ	تعداد نسخ
ویزیت عادی	
ویزیت خاص	
خدمات جانبی عادی	
خدمات جانبی خاص	
جمع	

خدمات جانبی عادی

کد تعرفه	عنوان تعرفه	تعداد خدمات	مبلغ(سهم سازمان)
901255	EMGیک اندام		
901260	EMGدواندام		
901265	EMGسه اندام		
901270	EMGچهاراندام		
901280	EMGصورت		

خدمات جانبی عادی

کد تعرفه	عنوان تعرفه	تعداد خدمات	مبلغ(سهم سازمان)

خدمات جانبی بیماران خاص

کد تعرفه	عنوان تعرفه	تعداد خدمات	مبلغ(سهم سازمان)

FRE05

شماره صفحه : .....

دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تامین اجتماعی استان اصفهان

فرم خلاصه صورتحساب پزشکان همکار(ویزیت ها)

نام و نام خانوادگی پزشک : ..... **شماره نظام پزشکی : .....**

آدرس مطب : ..... **ماه..... سال .....**

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	تاریخ مراجعه	شماره سریال دفترچه	ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	تاریخ مراجعه	شماره سریال دفترچه

توجه : 1- لطفاً نسخ به ترتیب ویزیت عادی ، ویزیت خاص و خدمات جنبی نوشته شود .

2- شرح مختصر خدمات جنبی روبروی نام بیمار نوشته شود .

3- لطفاً نسخ طبق شماره ردیف این لیست شماره بندی گردد.

مهر و امضاء پزشک

FRE24

شماره صفحه : .....

دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تامین اجتماعی استان اصفهان

فرم خلاصه صورتحساب پزشکان همکار(خدمات جنبی)

نام و نام خانوادگی پزشک : ..... **شماره نظام پزشکی : .....**

آدرس مطب : ..... ماه..... سال .....

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	تاریخ مراجعه	شماره سریال دفترچه	شرح خدمت انجام شده

توجه : 1- لطفاً نسخ به ترتیب ویزیت عادی ، ویزیت خاص و خدمات جنبی نوشته شود .

2- شرح مختصر خدمات جنبی روبروی نام بیمار نوشته شود .

3- لطفاً نسخ طبق شماره ردیف این لیست شماره بندی گردد.

مهر و امضاء پزشک

FRE24