



دقت رسیدگی به اسناد پزشکی تامین اجتماعی استان اصفهان

فرم رسیدگی به صورت حساب مؤسسات فیزیوتراپی

نام موسسه..... نام مسئول فنی ماه عملکرد سال

میانگین بهای نسخ کد مرکز..... سقف مرکز

تعداد برگ لیست..... شماره حساب..... همراه نام بانک و شعبه

آدرس:

تلفن: تلفن همراه:

مهر و امضاء مسئول فنی

نوع بیمه شده	تعداد نسخ	مبلغ کل	سهم بیمار	سهم سازمان
نسخ تحت وب عادی				
نسخ تحت وب خاص				
جمع کل				

تذکرات کارشناس رسیدگی کننده جهت اطلاع مراکز طرف قرارداد	
۱	
۲	
۳	
۴	

توجه : به منظور سهولت در ابلاغ دستورالعملهای سازمان ، در قسمت پیام ماه در سر رسیدهای تحویلی آخرین بخشنامه ها جهت اطلاع مؤسسات اعلام می گردد .