آتیه سازان حافظ بیمه مکمل درمان وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران	**گواهی طرح درمان بیماری و داروهای هزینه بر** **شعبه .....**	**محل الصاق عکس**

مشخصات بیمار

شماره پرونده :

نام و نام خانوادگی : **نام پدر:** **نسبت با بیمه شده اصلی:**

کدملی : **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 :

تکمیل توسط پزشک معالج

تشخیص بیماری:

روش درمان: ○ **دارو درمانی**

تاریخ شروع درمان: **طول مدت درمان و تعداد دوره های درمانی:**

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:**