سازمان بیمه سلامت ایران ادارات کل بیمه سلامت استان	**فـــــرم** **فهرست نسخ مراکز درمان اعتیاد**	**کد مدرک** **09 FM 127 01**

نوع صندوق: کارکنان دولت ☐ بیمه همگانی ☐ سایر اقشار ☐ روستاییان ☐ تامین اجتماعی ☐ خدمات درمانی نیروهای مسلح ☐ کمیته امداد ☐ سایر: **صفحه ..... از .....**

فهرست نسخ ماه ..... . سال ..... از تاریخ ..... تا تاریخ .....

توسط اداره تکمیل می گردد.

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره ملی/کد بیمه	نوع درمان	تاریخ شروع درمان	تاریخ آخرین جلسه درمان	تعداد جلسات درمان	تعداد جلسات غیبت	سهم سازمان	مبلغ تعدیلات
						جمع کل			

مهر و امضای مؤسس

مسئول فنی