



وزارت بهداشت و آموزش پزشکی

سازمان تامین اجتماعی

SheetNo:64

1399/02/22-V6

## فاکتور دریافت هزینه انتقال بیمار

مرکز آمبولانس خصوصی .....

محل درج آرم مرکز

شماره سریال

### مشخصات ارائه دهنده خدمات

تاریخ شروع مأموریت: ساعت شروع:

تاریخ پایان مأموریت: ساعت پایان:

آدرس: مبدأ: شماره تماس:

آدرس مقصد:

### مشخصات گیرنده خدمات (بیمار)

نام و نام خانوادگی: کد ملی:

نام پدر: شماره تماس:

### مشخصات نوع خدمات (مأموریت)

شماره مأموریت: کد آمبولانس:

نام و نام خانوادگی تکنسین: نام و نام خانوادگی امدادگر:

### هزینه خدمات

بدینوسیله گواهی می شود مبلغ ..... (ریال بابت انتقال بیمار با

مشخصات فوق از آدرس مبدأ به آدرس مقصد دریافت گردید.

با توجه به اینکه کلیه هزینه های دارو و تجهیزات در سر جمع تعرفه مناسبه گردیده است

افز هرگونه هزینه مازاد تمت عناوین مفتلف ممنوع می باشد.

مهر و امضاء پزشک

مسئول فنی

مهر و امضاء اپراتور اعزام

کننده

مهر و امضاء مرکز

این فرم فقط جهت ارائه به بیمه تکمیلی بوده و ارزش دیگری ندارد

تلفن رسیدگی به شکایات: ۱۹۰

۱ - سریال مأموریت می بایست با سریال مأموریت مندرج روی فرم شماره ۴۴ (فرم گزارش اعزام) منطبق باشد.

این فرم در دونصفه تکمیل نسخه اول تمت عنوان مکم مأموریت تمویل راننده آمبولانس گردیده پس از پایان مأموریت

در مرکز بایگانی می گردد. نسخه دوم (رزد رنگ) جهت تأمین هزینه های درمانی تمویل بیمار می گردد.