



PIMS

Patient Discharge Report

Patient Name:

Date Admitted:

| PRESCRIPTION NAME | PRESCRIPTION SCHEDULE | PRESCRIPTION AMOUNT |
|----------------------|-----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| DATES OF SERVICE | DESCRIPTION | AMOUNT |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| INSURANCE CARRIER | POLICY ACCOUNT # | POLICY GROUP # | INSURANCE PAID |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Please Pay This Amount: