



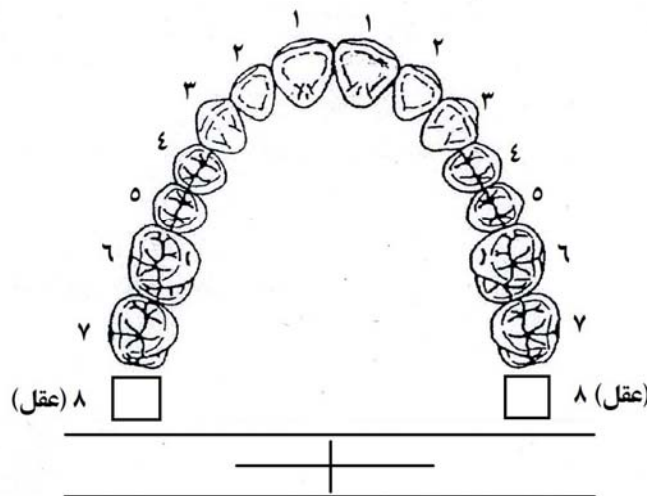
تاریخ: .....

شماره: .....

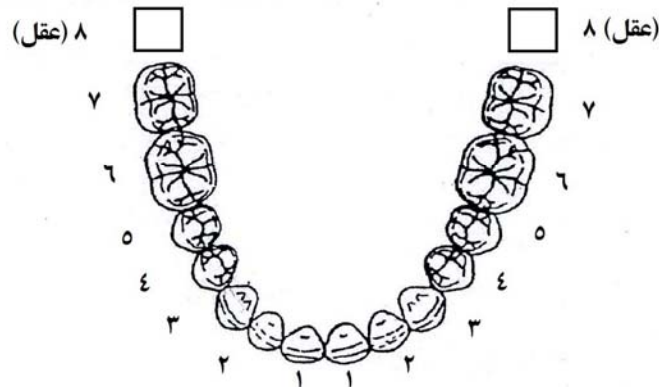
پیوست: .....

نام بیمار:				نام بیمه شده اصلی:			
دندانهای فک پایین				دندانهای فک بالا			
نوع هزینه	مبلغ ریال	تاریخ	ردیف	نوع هزینه	مبلغ ریال	تاریخ	ردیف

نمونه برگ شماره ۱۶/۱۳۷



فک بالا



فک پایین

توضیح: به منظور نظارت بر هزینه های انجام شده پس از پرداخت هزینه روی نمونه برگ شماره ۱۶/۱۳۷ برای هر یک از دندانها علامت گذاری شود.