

نام بیمار:

نام بیمه شده اصلی:

پزشک محترم: لطفا جدول ذیل را با دقت تکمیل نمایید

دندان های فک پایین				دندان های فک بالا			
ردیف	تاریخ	مبلغ به ریال	نوع هزینه	ردیف	تاریخ	مبلغ به ریال	نوع هزینه
۱				۱			
۲				۲			
۳				۳			
۴				۴			
۵				۵			

* نوع دندان علامت زده شود *

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