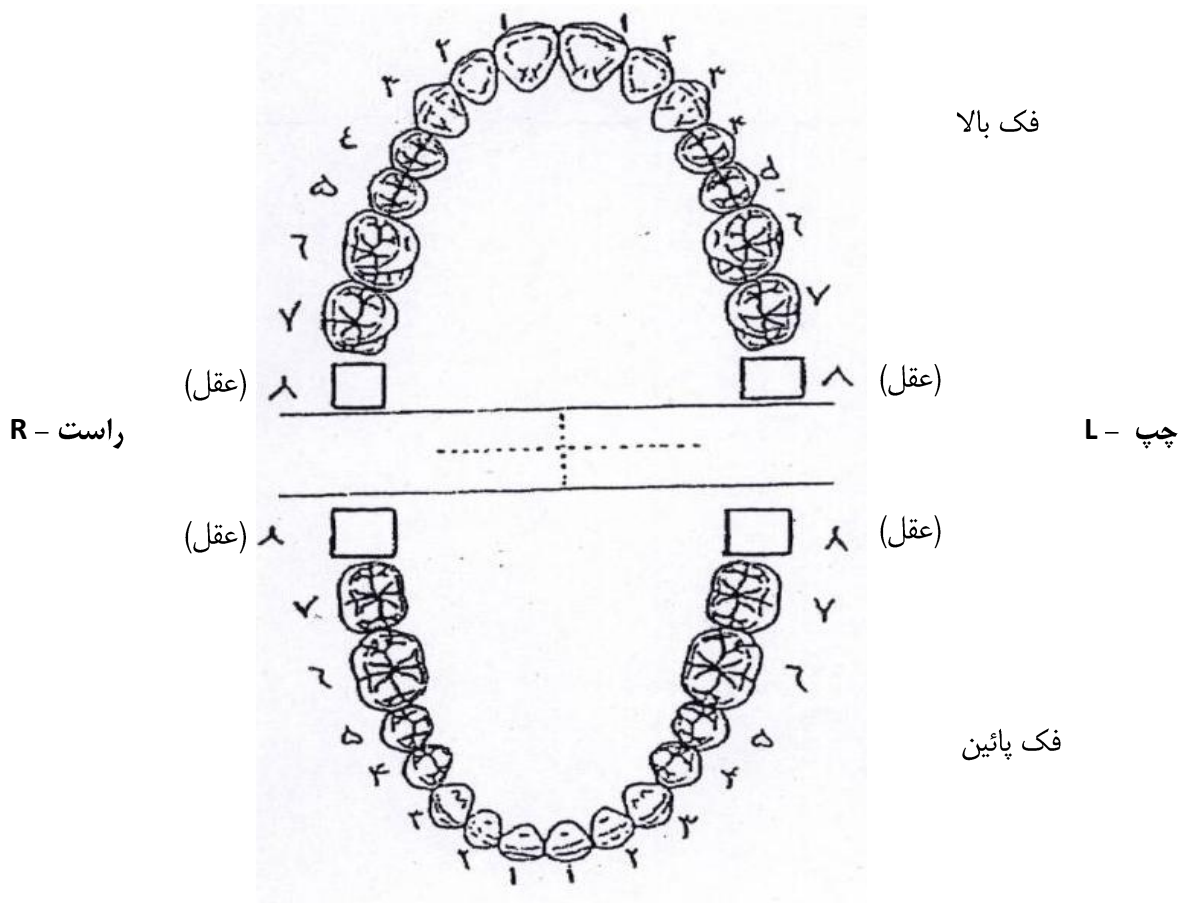




نام بیمار:				نام بیمه شده اصلی:			
دندان‌های فک پائین				دندان‌های فک بالا			
نوع هزینه	مبلغ به ریال	تاریخ	ردیف	نوع هزینه	مبلغ به ریال	تاریخ	ردیف
			۱				۱
			۲				۲
			۳				۳
			۴				۴
			۵				۵



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