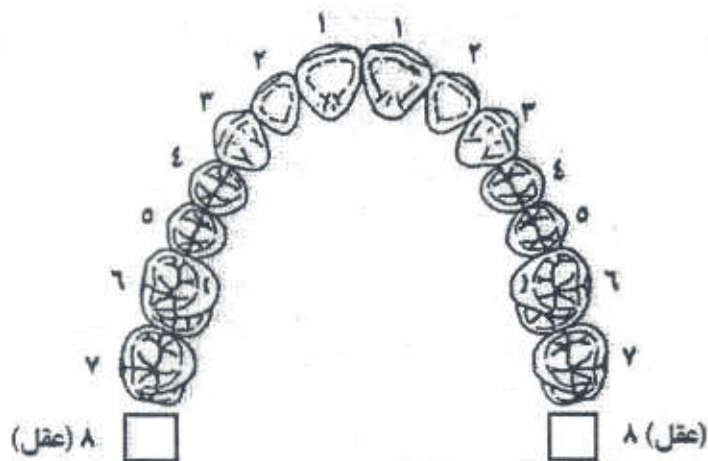




شماره:
تاریخ:
پیوست:

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

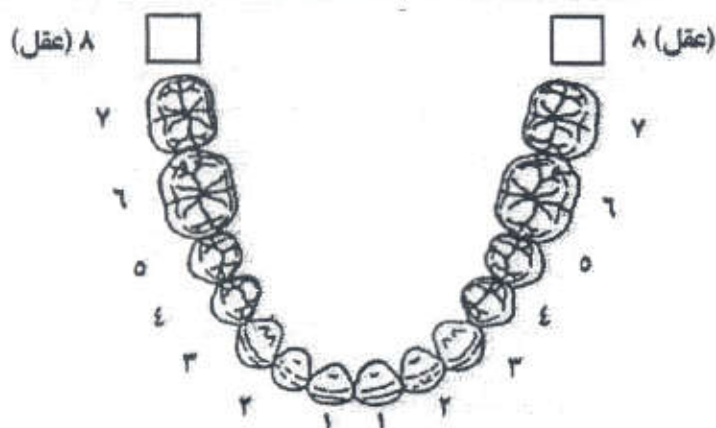
نمونه برگ شکایت شماره ۱۶/۱۳۷



فک بالا

راست - R

چپ - L



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.