

فرم پرداخت هزینه های خدمات دندانپزشکی

"اداره بهداشت و سلامت کارکنان شهرداری اصفهان"

نام و نام خانوادگی پرسنل: کد ملی: محل خدمت:

نام و نام خانوادگی بیمار: شماره تلفن همراه: تاریخ تحویل مدارک: / /

ردیف	تاریخ	عنوان خدمت	شماره دندان	مبلغ دریافتی از بیمار (ریال)	توضیحات پزشک معتمد
۱			+		
۲			+		
۳			+		
۴			+		
۵			+		
۶			+		
۷			+		
۸			+		
۹			+		
۱۰			+		

جمع کل هزینه دریافتی از بیمار (ریال)

مهر و امضاء پزشک معالج

مهر و امضاء پزشک معتمد

مدارک پیوست :

۱- گرافی قبل و بعد جراحی (نسج سخت ، نرم و ...)

۲- گرافی BW قبل و بعد از روکش

۳- گرافی قبل از ترمیم

۴- گرافی قبل و بعد از درمان ریشه

مبلغ تایید شده: (طبق تعرفه های مصوب نظام پزشکی)	مبلغ نهایی: (پس از کسر فرانشیز)	امضاء کارشناس صندوق مشارکت درمان:
---	---------------------------------	-----------------------------------



..... محل برش

"رسید تحویل فرم خدمات دندانپزشکی"

گواهی می شود فرم خدمات دندانپزشکی خانم/آقای در تاریخ / / تحویل

خانم/آقای دکتر گردید .

مهر و امضاء پزشک معتمد