



فرم پرداخت هزینه‌های خدمات دندان پزشکی صندوق مشارکت درمان

شناسه مدرک
EDM-F-RF

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:

شماره ملی:

تاریخ تحویل مدارک:

نام و نام خانوادگی بیمار:

شماره پرسنلی

محل کار:

شماره تلفن همراه:

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

جمع کل دریافتی از بیمار :

مهر و امضاء پزشک معالج :

مهر و امضاء پزشک معتمد :

مدارک مورد نیاز :

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 اعلام شده :	مبلغ تایید شده :	امضاء کارشناس :
------------------	------------------	-----------------



رسید تحویل فرم خدمات دندانپزشکی (فاکتور) :

تاریخ :

شماره فرم :

گواهی می شود فرم خدمات دندانپزشکی خانم / آقای تحویل خانم / آقای دکتر گردید .

مهر و امضاء پزشک معتمد