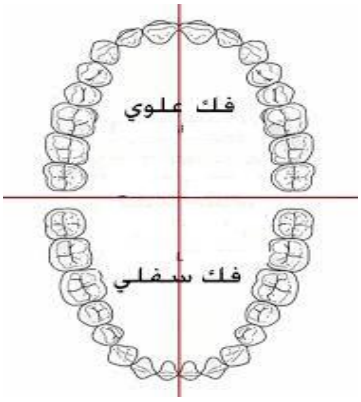
4Health
Health Insurance
فورهيلث للتأمين الصحي

4life
Medical Services Consulting
فورلايف لإدارة الخدمات الطبية

# استمارة الأسنان




اسم المريض :.....

رقم البطاقة :.....

جهة العمل :.....

اسم المستشفى/المركز:.....

تحديد السن الذي سيتم عليه الاجراء

| الجلسات | نوع الجلسه | المبلغ | توقيع المستفيد |
|---|---|---|---|
| الجلسة الأولى<br>بتاريخ / /2016 | | | |
| الجلسة الثانية<br>بتاريخ / /2016 | | | |
| الجلسة الثالثة<br>بتاريخ / /2016 | | | |

اسم المريض:.....
التوقيع:.....
توقيع الطبيب.....

ملاحظة :ـ لن يتم اعتماد أى استمارة مالم يتم استيفائها كاملاً بما فى ذلك توقيع المريض