



FACTURA por ANESTESIA GENERAL

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Servicio: _____

Cantidad: \$ _____ Pagado en su Totalidad a Arizona Anesthesia for Dentistry, PLLC

Oficina Dental: _____

Dr. Khan
Anestesiólogo Dental Certificado por la Junta

15990 S. Rancho Sahuarita Blvd, Suite 110, Sahuarita, Arizona 85629

TIN: 81-0834201
NPI: 1578655916
Fax: (520) 300-7330

D9222 Anestesia General, Primeros 15 Minutos Unidad: _____ Precio: \$ _____

D9223 Anestesia General, Cada Adicional 15 Minutos Unidad(es): _____ Precio: \$ _____

Precio Total: \$ _____

Forma de Pago: _____

GRACIAS POR SU NEGOCIO