

طلب اعادة تسديد المصاريف الطبية
Reimbursement Claim Form



<p><u>This Form is applicable only for reimbursement claims</u></p> <p>Name of Clinic / Hospital:</p>	<p><u>هذه الإستمارة صالحة فقط لطلب اعادة تسديد المصاريف الطبية</u></p> <p>إسم المركز الطبي :</p>
<p>To be completed by Doctor/ Specialist who carried out the treatment</p> <p>Condition requiring treatment/complaints:</p> <p>Date of Commencement of illness:</p> <p>Date of first treatment:</p> <p>If Pregnant, Expected date of delivery:</p> <p>Investigations:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Medicines Prescribed:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Final Diagnosis:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Please submit this Form duly filled along with original detailed bills, medical results, a photocopy of the Benefit Card, detailed medical report</p> <p>يجب أن يرفق مع هذا الطلب فاتورة أصلية مفصلة، النتائج الطبية، صورة عن بطاقة الإستفادة ، الوصفة الطبية، تقرير طبي مفصل بشرح وضع المريض الصحي:</p> <p>Name: الإسم :</p> <p>Card No رقم البطاقة :</p> <p>Amount Claimed: المبلغ المطلوب :</p> <p>Treatment Date: تاريخ المعاملة :</p>	
<p>Documents Enclosed</p> <p><input type="checkbox"/> Prescription <input type="checkbox"/> Detailed Original Bills</p> <p><input type="checkbox"/> Copy of Benefit Card <input type="checkbox"/> Doctor's Report</p> <p><input type="checkbox"/> Lab./Radiology Results</p>	<p>المستندات المرفقة</p> <p><input type="checkbox"/> فاتورة أصلية مفصلة. <input type="checkbox"/> الوصفة الطبية</p> <p><input type="checkbox"/> تقرير الطبيب <input type="checkbox"/> صورة عن بطاقة الإستفادة</p> <p><input type="checkbox"/> نتائج الفحوصات المختبر / الأشعة.</p>

أنا الموقع أدناه أصرح بأسمي الخاص / باسم ولحساب المستفيد المذكور اسمه أعلاه ، أنني أعطي إنا كاملا لا رجوع عليه للهيئة المذكورة أعلاه وللوكيل الإداري ولمندوبين ناس (الأطباء والمرضات) بالتحقق عن وضعي الصحي / وضع المستفيد الصحي. كذلك اطلب من أي طبيب أو ممرضة أو مستشفى أو أية مؤسسة للعناية الصحية، بتزويد الهيئة المذكورة أعلاه والوكيل الإداري وندوبي ناس بجميع المعلومات الصحية المتوفرة المتعلقة بي / المستفيد والذين هم على علم بها أو المحفوظة في ملفاتهم وسجلاتهم الطبية. لهذا الغرض أتنازل بأسمي / باسم ولحساب المستفيد المذكور أعلاه عن حقي / حقه بالسرية الطبية لصالح الهيئة المذكورة أعلاه والوكيل الإداري ومندوبي ناس.

التوقيع :

التاريخ :