



تاريخ تقديم الطلب: / /

الدائرة المالية/ شعبة التأمين الصحي

طلب صرف فواتير معالجة طبية								
		اسم المشترك	جهة العمل					
		الرقم الوظيفي	رقم الهاتف					
		رقم بطاقة التأمين	درجة التأمين					
تفاصيل الطلب								
ت	رقم الفاتورة	تاريخ الفاتورة	قيمة الفاتورة		اسم الطبيب/ الصيدلية/ المختبر	اسم المنتفع	مكان العلاج	درجة القرابة
			د	ف				
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
المجموع								

أقر بان البيانات والفواتير صحيحة وتخص المشتركين والمنفعين حسب تعليمات التأمين الطبي وبخلاف ذلك أتحمّل المسؤوليات القانونية المترتبة على ذلك.

التاريخ: / /
التوقيع:

ملاحظات جهة الاعتماد

التوقيع:
التاريخ:

ملاحظة: عند تقديم الطلب لا تصرف الفواتير التي مضى عليها أكثر من شهر.