

التأمين الصحي
طلب إعادة تسديد للحالات الاستشفائية الاسعافية

		الجهة التي يعمل بها :	اسم المؤمن له :
		العمل الاستشفائي :	رقم بطاقة التأمين :
تاريخ الخروج :	تاريخ الدخول :		اسم المستشفى :
		رقم الجوال :	رقم الهاتف :

إذا كان المستشفى داخل الشبكة يرجى أدناه بيان سبب عدم استخدام بطاقة التأمين لدى هذا المستشفى :

--

أنا الموقع أدناه أصرح باسمي الخاص / باسم ولحساب المؤمن له المذكور اسمه أعلاه بأن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وإنني أوافق على رفع السرية الطبية لصالح شركة التأمين و/أو شركة إدارة النفقات العاملة لصالحها ومندوبي كل من هاتين الشركتين من أطباء أو مهنيين طبيين أو موظفين وبالتالي فلكل واحد منهم الحق بالاطلاع على المستندات المكونة للملف الطبي خاصتي وللملف برمته والفواتير والقيود المفصلة الخاصة باستشفائي أو بالفحوصات التي أخضع أو خضعت لها وذلك لدى المستشفى المذكور أعلاه ولدى كافة الهيئات الطبية والاستشفائية ومراكز العناية الطبية وعليه أوقع .

الاسم:	/ /	تاريخ تقديم الطلب :
التوقيع :		

خاص بطبيب شركة إدارة النفقات	يرجى وضع ختم ديوان الفرع - الوارد -