

طلب صرف فواتير معالجة طبية

.....	جهة العمل	إسم المشترك
.....	رقم الهاتف	الرقم الوظيفي

تفاصيل المطالبة

درجة القراية	إسم المريض	قيمة المطالبة		التسلسل
		دينار	فلس	
				1.
				2.
				3.
				4.
				5.
				6.
				7.
				8.
				9.
				10.
المجموع:				

أقر بأن البيانات والفواتير صحيحة وتخضع المشتركين و/ أو المنتفعين حسب تعليمات التأمين الصحي، وبخلاف ذلك أتحمّل كافة المسؤوليات القانونية المترتبة على ذلك.

التاريخ: / / 201 إسم المشترك التوقيع

لاستعمال مكتب صندوق التأمين الطبي

البطاقة سارية المفعول وتتضمن الأسماء الواردة أعلاه

إسم الموظف المختص التوقيع التاريخ

طابع بقيمة الخاتم الرسمي استناداً إلى قانون الطوابع، تلصق الطوابع للمطالبات التي يكون صافي المستحق للمشارك منها (50ر) دينار فأكثر وتختتم الطوابع بما يجعلها غير صالحة للاستعمال مرة أخرى، وبخلاف ذلك يخصم غرامة طوابع مقدارها دينار ونصف.