

نموذج رقم (٦٥): طلب تعويض عن فواتير علاج (علاج أسنان فقط)

ملاحظة: للتأكد من استيفاء الطلب للتعويض، يُرجي الاطلاع على الإرشادات المذكورة أسفل هذه الصفحة قبل تقديم الطلب. علماً بأن الطلبات غير المستوفية، سيتم إعادتها أو رفضها.

أولاً: البيانات الأساسية (المبتعث/ة)

اسم المبتعث باللغة العربية	
رقم السجل المدني	
جهة الابتعاث في المملكة	
رقم الهاتف	

ثانياً: تفاصيل الفواتير (بعد أقصى خمس فواتير للطلب)

م	اسم المريض	رقم الفاتورة	تاريخ الفاتورة	تفاصيل العلاج للأسنان	قيمة الفاتورة	تعويض التامين	صافي المطالبة
١							
٢							
٣							
٤							
٥							
				الإجمالي			

ثالثاً: المسوغات المطلوبة:

- تعبئة هذا النموذج إلكترونياً وليس يدوياً - يُفضل باستخدام برنامج (Adobe crobat) - ثم حفظه وإرفاقه على صيغة (PDF)
- إرفاق الفواتير على صيغة (PDF) على ألا يزيد عدد الفواتير عن خمسة فواتير فقط في الطلب الواحد
- إرفاق إيصال السداد (EFTPOS)، وفي حالة عدم وجود الإيصال يمكن تزويدنا بصورة من كشف الحساب البنكي توضح عملية الخصم بصيغة (PDF)
- إرفاق كشف مراجعة شركة التأمين في حالة ان الخدمة مغطاة من التأمين في صيغة (PDF)
- تعبئة النموذج الخاص بالموافقة على الإفصاح (Consent Form)، وتوقيعه من الطبيب المعالج وإرفاقه في صيغة (PDF)

خاص بالملحقية الثقافية

CR-

رقم الطلب

اسم الموظف	اسم المدقق
التاريخ	التاريخ
التوقيع	التوقيع

ملاحظات