

## نموذج رقم (65): طلب تعويض عن فواتير (علاج أسنان فقط)

ملاحظة: للتأكد من استيفاء الطلب للتعويض، يُرجى 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 (بحد 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                                  |               |               |               |
|   |            |              |                | الإجمالي المصادق عليه من الملحقة الثقافية |               |               |               |

ثالثاً: خاص بالملحقة الثقافية

CR-

رقم الطلب

|            |            |
|------------|------------|
| اسم الموظف | اسم المدقق |
| التاريخ    | التاريخ    |
| التوقيع    | التوقيع    |

الارشادات:

المسوغات المطلوبة:

|   |                                                                                                                               |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - | تعينة النموذج الخاص بالتعويض عن فواتير الأسنان <u>إلكترونياً وليس يدوياً</u> ، ثم إرفاقه في صيغة (PDF)                        |
| - | إرفاق الفواتير في صيغة (PDF) على <u>ألا يزيد</u> عدد الفواتير عن خمسة فواتير فقط في <u>الطلب الواحد</u>                       |
| - | إرفاق إيصالات 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)                                                |
| - | تعينة النموذج الخاص بالموافقة على الإفصاح ( <a href="#">Consent Form</a> )، وتوقيعه من الطبيب المعالج وإرفاقه في صيغة (PDF)   |