# نموذج رقم (64): طلب تعويض عن فواتير علاج (عدا فواتير الأسنان)

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.

أولا: البيانات الأساسية (المبتعث/ة)

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| اسم المبتعث بالغة العربية | | | | | | | | | | |
| رقم السجل المدني | | | | | | | | | | |
| جهة الابتعاث في المملكة | | | | | | | | | | |
| رقم الهاتف | | | | | | | | | | |

ثانيا: تفاصيل الفواتير (بحد أقصى خمس فواتير للطلب)

| م | اسم المريض | رقم الفاتورة | تاريخ الفاتورة | تفاصيل العلاج | قيمة الفاتورة | تعويض التامين | صافي المطالبة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ | | | | | | | |
| ٢ | | | | | | | |
| ٣ | | | | | | | |
| ٤ | | | | | | | |
| ٥ | | | | | | | |
| | | | | الإجمالي | | | |
| | | | | الإجمالي المصادق عليه من الملحقية الثقافية | | | |

ثالثا: خاص بالملحقية الثقافية

رقم الطلب CR-

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| اسم الموظف | | | | اسم المدقق | | | |
| التاريخ | dd | mm | yyyy م | التاريخ | dd | mm | yyyy م |
| التوقيع | | | | التوقيع | | | |

الارشادات:

المسوغات المطلوبة:

| | |
|---|---|
| - تعبئة النموذج الخاص بالتعويض عن فواتير الأسنان الكترونيا وليس يدوياً، ثم ارفاقه في صيغة (PDF) | |
| - إرفاق الفواتير في صيغة (PDF) على ألا يزيد عدد الفواتير عن خمسة فواتير فقط في الطلب الواحد | |
| - 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 مغطية من التامين في صيغة (PDF) | |
| - تعبئة النموذج الخاص بالموافقة على الإفصاح (Consent Form)، وتوقيعه من الطبيب المعالج وإرفاقه في صيغة (PDF) | |