



CL7001

تأمين صحي - نموذج مطالبة

القسم أ - هذا القسم يجب ملؤه من قبل المطالب

ضع علامة (X) للتعويضات التي من اجلها تقدم هذا الطلب والعائدة للتكاليف الطبية المتكبدة والمغطاة بموجب:

رقم البوليصه		<input type="checkbox"/> عقد تأمين جماعي		<input type="checkbox"/> عقد تأمين فردي	
٢ - عنوان المؤمن له :		العائلة	اسم الاب	اسم الشخص	١ - اسم المؤمن له
رقم الهاتف:					
٥ - صلة بالمؤمن له:		السنة	الشهر	اليوم	٣ - اسم المريض
السنة	الشهر	اليوم	٦ - نوع الوعكة (اذا كانت الوعكة ناجمة عن حادث اذكر اين وكيف وقع الحادث)		
		٧ - تاريخ ظهور العوارض الاولى			
				٨ - هل عانى المريض سابقاً من هذه الوعكة ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (اذا «نعم» اعط التفاصيل)	

تاريخ الاستشارة

العنوان

الاسم

الإخطاء التي
استلمها٩ - هل دفعت الفاتورة ؟ نعم لا

توقيع المطالب

توقيع الوكيل

التاريخ

القسم ب - هذا القسم يجب ملؤه من قبل حامل البوليصه اذا كانت هذه المطالبة مقدمة بموجب عقد تأمين جماعي :

تاريخ بدء تأمين المطالب		١ - اسم المطالب	
السنة	الشهر	اليوم	
تاريخ بدء تأمين المعال		٢ - اسم المعال اذا كانت المطالبة عائدة للمعال :	
السنة	الشهر	اليوم	
٤ - درجة التأمين		٣ - رقم الشهادة	
		٥ - اسم حامل البوليصه	
		٦ - هل كان المطالب موظفاً عند بدء الوعكة ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (اذا «لا» اعط التفاصيل)	
		٧ - هل يحق للمطالب التعويض بموجب قانون طوارئ العمل واذا كان كذلك هل قدمت المطالبة بهذا الشأن ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

الصفة

التوقيع عن حامل البوليصه

التاريخ

القسم ج - هذا القسم يجب ملؤه من قبل الطبيب المعين

اسم المريض	السن
١- نوع المرض أو الإصابة (صف المضاعفات في حال وجودها)	
إذا كانت ناتجة عن الحمل، ماهو تقريباً تاريخ بدء الحمل؟	التاريخ: / /
٢- متى ظهرت العوارض الأولى أو ماهو تاريخ الحادث؟	التاريخ: / /
٣- هل عانى المريض في السابق من نفس الحالة أو من حالة مماثلة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (إذا «نعم» اعط التاريخ والوصف)
اسم الطبيب السابق وعنوانه	
٤- نوع العملية الجراحية أو التوليدية في حال وجودها (اعط وصفاً كاملاً)	
الاجرة عن هذه العملية وتاريخ اجرائها	التاريخ: / /
اين اجريت؟	إذا كان في المستشفى: <input type="checkbox"/> كمرضى داخلي مسجل <input type="checkbox"/> كمرضى خارجي <input type="checkbox"/>
٥- اعط تواريخ المعالجة:	اجرة الزيارة
العيادة:	
البيت:	
المستشفى:	
٦- هل يتوقع اجراء عملية اخرى او معالجة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (إذا «نعم» اعط التاريخ والوصف)
التاريخ: / /	الشارع:
	المدينة أو القرية:
	الدولة:
توقيع الطبيب أو الجراح	

القسم د - هذا القسم يجب ملؤه من قبل ممثل المستشفى المفوض

١- اسم المستشفى	٢- العنوان
٣- تاريخ دخول المستشفى	٤- تاريخ الخروج من المستشفى
الغرفة والطعام	المداداة الطبيعية
غرفة العمليات	امتحان التطور الاساسي
البنج واعطاؤه	(Basal Metabolism Test)
فحوصات المختبر	التخطيطات الكهربائية للقلب
العقاقير والادوية	اعطاء الدم والبلازما
الفحوصات بأشعة اكس	الضماادات <input type="checkbox"/> قوالب الجبس <input type="checkbox"/>
الاو كسجين	خدمات اخرى بالتفصيل
المجموع	

التاريخ: / / توقيع ممثل المستشفى المفوض