



جلوب ميد
مصر

طلب الاستعاضة النقدية

جميع البيانات التي أمامها العلامة (*) إلزامية

رقم الموبايل* _____
شركة التأمين _____

الاسم _____
رقم الكارت الطبي* _____

إجمالي قيمة المطالبة _____

إجمالي عدد الفواتير _____

المرفقات المطلوبة (ضع علامة ✓ امام المستندات المقدمة)

خدمات العيادات الخارجية

الكشف

أصل فاتورة الطبيب أو إيصال مهن تجارية موضح به أسم العميل والتاريخ على أن يكون مختوم
إجمالي القيم المقدمة _____

أصل التقرير الطبي (روشته) موضح بها أسم العميل، التاريخ والتشخيص

الأدوية

أصل فاتورة الأدوية موضح بها سعر كل صنف، أسم العميل والتاريخ على أن تكون الفاتورة الضريبية مختومة أو إلكترونية
إجمالي القيم المقدمة _____

أصل التقرير الطبي (روشته) موضح بها أسم العميل، التاريخ، التشخيص و الأدوية الموصوفة

التحاليل المعملية

صورة من نتائج التحاليل
 أصل فاتورة المعمل موضح بها أسم العميل والتاريخ على أن تكون مختومة
إجمالي القيم المقدمة _____

أصل التقرير الطبي (طلب التحاليل)
موضح بها أسم العميل، التاريخ والتشخيص

الأشعات التشخيصية

صورة من نتائج الأشعة
 أصل فاتورة المركز موضح بها أسم العميل والتاريخ على أن تكون مختومة
إجمالي القيم المقدمة _____

أصل التقرير الطبي (طلب الأشعة)
موضح به موضح بها أسم العميل، التاريخ والتشخيص

العلاج الطبيعي

أصل فاتورة المركز موضح بها أسم العميل والتاريخ على أن تكون مختومة
إجمالي القيم المقدمة _____

أصل التقرير الطبي (طلب الجلسات) مصحوب بنتائج الفحوصات، موضح به أسم العميل، التاريخ والتشخيص
 أصل كارت المتابعة (حضور الجلسات) موضح به تاريخ كل جلسة

خدمات العلاج الداخلي

فاتورة مفصلة بالأدوية و المستلزمات
 أصل الفاتورة التفصيلية من المستشفى موضح بها أسم العميل والتاريخ على أن تكون مختومة
إجمالي القيم المقدمة _____

أصل التقرير الطبي موضح به سبب الدخول، الحالة عند الدخول بالإضافة إلى أسم العميل، التاريخ والتشخيص
 صورة من كافة نتائج الفحوصات التي تمت داخل المستشفى
 تقرير الخروج من المستشفى يوضح حالة المريض عند الخروج

خدمات إضافية

الاسنان

أصل فاتورة الطبيب موضح بها سعر كل خدمة على حدة ورقم السن أو الضرس، أسم العميل والتاريخ على أن تكون مختومة
إجمالي القيم المقدمة _____

أصل التقرير الطبي موضح به أسم العميل والتاريخ

النظارات

أصل فاتورة النظارة (فاتورة ضريبية) موضح بها أسم العميل والتاريخ على أن تكون مختومة
إجمالي القيم المقدمة _____

أصل قياس النظر موضح به أسم العميل والتاريخ

الحمل و الولادة

سونار موضح فيه تاريخ الخدمة وقيمة السونار فقط
إجمالي القيم المقدمة _____

الكشف، موضح به قيمة الكشف، أسم العميل، التاريخ والتشخيص
 الولادة : شهادة ميلاد المولود وكافة الأوراق المطلوبة للعلاج داخل المستشفى (جميع الفواتير مفصلة و مختومة)

أقر بأن جميع الإجابات وجميع المستندات الأصلية المقدمة مع استمارة المطالبة كاملة وحقيقية. أنا الموقع أدناه أفوض أي طبيب، مستشفى، أو مقدم رعاية طبية، أي شركة تأمين أو أي شركة أو مؤسسة أخرى أو أي شخص آخر لديه أي سجل أو معلومات عني و / أو أي من أفراد عائلتي بأفادة جلوب ميد مصر بتلك المعلومات كاملة، و بما في ذلك نسخ من سجلاتها الطبية المتعلقة بما لدي من مرض أو حادث، أي علاج أو فحص أو مشورة طبية، أو الإقامة كمرضى داخلي. تعتبر أي صورة من هذا التفويض صحيحة كما النسخة الأصلية.

SUBMIT BY EMAIL

توقيع العميل والتاريخ