



جلوب ميد  
مصر

## طلب الاستعاضة النقدية

جميع البيانات التي أمامها العلامة (\*) إلزامية

رقم الموبايل\*  
شركة التأمين

إجمالي قيمة المطالبة

إجمالي عدد الفواتير

الاسم

رقم الكارت الطبي\*

نوع المطالبة\*  مطالبة جديدة

إستكمال أوراق

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 التقرير الطبي (طلب الجلسات) مصحوب بنتائج الفحوصات، موضح به أسم العميل، التاريخ والتشخيص

أصل فاتورة المركز موضح بها أسم العميل والتاريخ على أن تكون مختومة

إجمالي القيم المقدمة

أصل كارت المتابعة (حضور الجلسات) موضح به تاريخ كل جلسة

### خدمات العلاج الداخلي

فاتورة مفصلة بالأدوية و المستلزمات

أصل التقرير الطبي موضح به سبب الدخول، الحالة عند الدخول بالإضافة إلى أسم العميل، التاريخ والتشخيص

أصل الفاتورة التفصيلية من المستشفى موضح بها أسم العميل والتاريخ على أن تكون مختومة

إجمالي القيم المقدمة

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)

#### بيانات حساب البنك

اسم صاحب الحساب بالكامل\*

رقم الحساب\*

اسم البنك\*

الفرع\*

أقر بأن جميع الإجابات وجميع المستندات الأصلية المقدمة مع استمارة المطالبة كاملة وحقيقية، أنا الموقع أدناه أمضو 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 لحدي من مرض أو حادث، أي علاج أو فحص أو مشورة طبية، أو الإقامة كمرضى داخلي، تعتبر أي صورة من هذا التفويض صحيحة كما النسخة الاصلية.

SUBMIT BY EMAIL

توقيع العميل والتاريخ