

تاريخ إصدار المطالبة: / / 2014

اسم الجهة الطبية:

المعلومات الشخصية

				اسم حامل البوليصة
				اسم الموظف
				اسم المريض
				تاريخ الميلاد

تفاصيل المطالبة

	التشخيص ICD - 10
--	------------------

نوع مزود الخدمة	اسم مزود الخدمة	تاريخ المطالبة	المبلغ المطالب به
عيادة طبية			
صيدلية			
مختبر			
أشعة			
مركز بصريات			
مركز علاج طبيعي			
مستشفى			
المجموع الكلي			

توقيع الشخص المؤمن أو الممثل القانوني عنه :
