



نموذج طلب تعويض فواتير و مستندات علاج (داخل / خارج) ليبيا

رقم (/ /) التاريخ : ____ / ____ / 20 م

أسم المستخدم	شارة التعريف			
أسم المريض	صلة القرابة بالمستخدم			
ر.م	رقم الفاتورة	قيمة الفاتورة	تاريخ الفاتورة	اسم مزود الخدمة
1				
2				
3				
4				
5				
الاجمالي				(())

انا المذكور اعلاه اشهد بصحة المستندات و البيانات الواردة اعلاه التوقيع :

اعتماد قسم الصحة المهنية (إدارة منع الخسائر):

لقد قمنا بمراجعة الفواتير المرفقة و المستندات المؤيدة لها و وجدناها صحيحة و غير مذكورة بجدول الاستثناءات العامة المعتمد بالشركة .

نوع الحالة المرضية باللغة العربية			
الاسم			
شارة التعريف			
التوقيع			
الختم			
20 ____ / ____ / ____ م			

ملاحظات : وحدة التأمين (قسم الاعتمادات والتأمين / الادارة المالية)

القيمة المطالب بها	القيمة غير المقبولة	بيان القيمة غير المقبولة	اعداد
			20 ____ / ____ / ____ م
القيمة المقبولة			مراجعة
			20 ____ / ____ / ____ م

اعتماد ادارة المرجعة الداخلية :

الختم و التوقيع
20 ____ / ____ / ____ م

ملاحظات هامة :

- (1) يجب ان تكون فاتورة العلاج مرفقة بالمستندات الطبية اللازمة (الوصفات الطبية و التقارير الطبية والايصالات وغيرها) .
- (2) يجب ان تكون الحالة المرضية غير واردة بجدول الاستثناءات العامة المعتمد من الشركة .
- (3) في حالة اختلاف العملات يعد نموذج لكل عملة .
- (4) يجب ان يعد نموذج لكل حالة على حدا .