

		النموذج الخاص بطلب الاسترداد النقدي	
		اسم الشركة :	اسم الموظف :
		الادارة :	رقم الكارنية الطبي :
		الرقم الداخلى :	رقم الموبايل :
		التاريخ:	البريد الالكتروني :
نوع الخدمة	المستندات المطلوبة	القيمة بالجنيه المصرى	ملاحظات
<u>الكشف الطبي</u>	() صورة من بطاقة التعريف الخاصة بالعميل .		
	() أصل روثنة الطبيب المعالج .		
	() أصل مستند إثبات دفع (إيصال رسمى) مختم وموضح به تاريخ الحصول على الخدمة .		
	() تفاصيل كل خدمة على حدى بالمبلغ المدفوع في حالة اجراء اكثر من خدمة داخل العيادة .		
	() التشخيص الطبي للحالة موضح من قبل الطبيب المعالج .		
<u>الأدوية</u>	() صورة من بطاقة التعريف الخاصة بالعميل .		
	() أصل روثنة الطبيب المعالج .		
	() أصل مستند إثبات دفع (إيصال رسمى أو فاتورة ضريبية) مختومة ومفصل بكل دواء مصروف على حدى وموضح به تاريخ الحصول على الخدمة .		
	() اجمالي المبلغ المدفوع .		
	() التشخيص الطبي للحالة موضح من قبل الطبيب المعالج .		
<u>خدمات العيادة الخارجية (التحاليل - الأشعة - العلاج الطبيعي و إجراءات العيادات الخارجية)</u>	() موافقة استرداد على الخدمات التى تحتاج الى موافقة مسبقة مثل العلاج المزمن او المخصوص من الوعاء التأميني		
	() صورة من بطاقة التعريف الخاصة بالعميل .		
	() أصل التوصية الطبيه من الطبيب المعالج موضح بها نوع الخدمة المطلوبة للعميل .		
	() أصل مستند إثبات دفع (إيصال رسمى أو فاتورة ضريبية) مختومة ومفصلة بالخدمات التى تم تقديمها وموضح به تاريخ الحصول على الخدمة .		
	() اجمالي المبلغ المدفوع .		
<u>خدمات المستشفيات و العمليات الجراحية</u>	() التشخيص الطبي للحالة موضح من قبل الطبيب المعالج .		
	() موافقة استرداد على الخدمات التى تحتاج الى موافقة مسبقة مثل العلاج المزمن او المخصوص من الوعاء التأميني		
	() فى حالات العلاج الطبيعى يرجى ارفاق اصل كارت المتابعة الخاص بجلسات العلاج الطبيعى موضح به تاريخ كل جلسة مع العلم أن الطبيب المختص بكتابة الجلسات طبيب عظام أو مخ و أعصاب		
	() صورة من بطاقة التعريف الخاصة بالعميل .		
	() أصل مستند إثبات دفع (إيصال رسمى أو فاتورة ضريبية) مختومة ومفصلة بالخدمات التى تم تقديمها وموضح بها تاريخ الحصول على الخدمة وسعر كل خدمة وفاتورة تصيلية بالمستلزمات و المستهلكات و الادوية المستخدمة داخل العملية.		
<u>خدمات الحمل و الولادة</u>	() تقرير طبي مفصل بالحالة المرضية موضح به اسم العميل و تاريخ الخدمة و التشخيص الطبي للحالة وسبب الدخول .		
	() صور من نتائج الحوصلات التى تمت.		
	() تقرير الخروج من المستشفى .		
	() موافقة استرداد على الخدمات التى تحتاج الى موافقة مسبقة مثل العلاج المزمن او المخصوص من الوعاء التأميني		
	() صورة من بطاقة التعريف الخاصة بالعميل .		
<u>خدمات الأسنان</u>	() للولادة يجب ارفاق التقرير الطبي الذى يوضح نوع الولادة و تاريخها مع ارفاق صورة من شهادة ميلاد الطفل و فى حالة الاجهاض يرجى ارفاق تقرير الطبيب بالاجراء المطلوب .		
	() أصل مستند إثبات دفع (إيصال رسمى أو فاتورة ضريبية) مختومة ومفصلة بالخدمات التى تم تقديمها وموضح به تاريخ الحصول على الخدمة وسعر كل خدة و المستلزمات و المستهلكات إن وجدت .		
	() صورة من بطاقة التعريف الخاصة بالعميل .		
	() أصل مستند إثبات دفع (إيصال رسمى أو فاتورة ضريبية) مختومة ومفصلة بالخدمات التى تم تقديمها وسعر كل خدمة على حدى وموضح بها تاريخ الحصول على الخدمة .		
	() تفاصيل سعر كل خدمة أسنان على حدى مع تحديد رقم السنة أو الضرس .		
<u>خدمات البصريات</u>	() صورة من بطاقة التعريف الخاصة بالعميل .		
	() أصل مقاسات النظارة الطبية.		
	أصل فاتورة النظارة الطبية مختومة بختم محل النظارات و الفاتورة و الختم يكون بها سجب تجارى و رقم ضريبي لمحل النظارات.		
	() صورة من بطاقة التعريف الخاصة بالعميل .		
	() أصل مقاسات النظارة الطبية.		
<u>الإجمالي</u>			