



Claim Form

الخط الساخن لخدمة العملاء: (012) 0019 11 19

No 358127

غير مزمنة الحالة: مزمنة

	رقم بطاقة الانتساب ID Number	اسم المريض Patient's Name
30/08/2023	تاريخ الإجراء Date Of Procedure	اسم مقدم الخدمة Provider's Name
	تاريخ بداية ظهور الأعراض Onset of symptoms	اسم الطبيب Doctor's Name
		التخصص Speciality

Diagnosis/ التشخيص:

Chronic Pain - 55yrs

ICD #:

Medication Prescribed/ الدواء الموصوف	Requested Labs/ التحاليل المطلوبة
R/ MGTm +	C.B.C PAP smear Scratinin ALT AST



Requested Scan/ الاشعة المطلوبة

F.C.G
MRI

اجراءات طبية اضافية(دخول مستشفى / علاج طبيعي / تحويل أو خدمات تمت بواسطة الطبيب المعالج)
الأجهزة الطبية بمواقة مسبقة عن الكشف الطبي وجميع اجراءات الملوار *

Services done by the physician

دكتور ابراهيم لعل عزم
جراحة اسنان
عيادة اسنان
عيادة اسنان

ختم مقدم الخدمة
Provider Stamp

نسخة المعمل / Lab

اسم وتوقيع الطبيب
Dr. Name & Signature