



## نموذج الاسترداد النقدي

أسم الموظف :	رقم الوثيقة :
رقم الكارنيه :	الرقم القومى :
رقم الموبايل :	التاريخ :
البريد الإلكتروني :	

م	نوع الخدمة	وضع علامة ✓ مرفق		المستندات المطلوبة	الملاحظات
		لا	نعم		
١	الكشف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>صورة من بطاقة التعريف الخاصة بالمستفيد.</li> <li>مستند إثبات دفع (إيصال رسمى) مختوم و موضح به تاريخ الحصول على الخدمة.</li> <li>التشخيص.</li> <li>إجمالى المبلغ المدفوع.</li> </ul>	
٢	الأدوية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>صورة من بطاقة التعريف الخاصة بالمستفيد.</li> <li>مستند إثبات دفع (إيصال رسمى) مفصل مختوم من الصيدلية و موضح به تاريخ الحصول على الخدمة.</li> <li>إجمالى المبلغ المدفوع.</li> <li>أصل روشتة الطبيب المعالج.</li> <li>موافقة إسترداد على الخدمات التى تحتاج الى موافقة مسبقه.</li> </ul>	
٣	خدمات العيادة الخارجية (التحاليل - الأشعة العلاج الطبيعى و اجراءات العيادات الخارجية)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>صورة من بطاقة التعريف الخاصة بالمستفيد.</li> <li>أصل روشتة الطبيب المعالج.</li> <li>مستند إثبات دفع (إيصال رسمى) مفصل مختوم و موضح به تاريخ الحصول على الخدمة.</li> <li>إجمالى المبلغ المدفوع.</li> <li>موافقة استرداد على الخدمات التى تحتاج الى موافقة مسبقه.</li> </ul>	
٤	خدمات المستشفيات والعمليات الجراحية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>صورة من بطاقة التعريف الخاصة بالمستفيد.</li> <li>مستند إثبات دفع (إيصال رسمى) مفصل مختوم من المستشفى و موضح به تاريخ الحصول على الخدمة.</li> <li>إجمالى المبلغ المدفوع.</li> <li>فاتورة تفصيلية سعرية للخدمات.</li> <li>تقرير طبي مفصل.</li> <li>موافقة استرداد على الخدمات الا حالات الطوارئ.</li> </ul>	
٥	خدمات الولادة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>صورة من بطاقة التعريف الخاصة بالمستفيد.</li> <li>مستند إثبات دفع (إيصال رسمى) مفصل مختوم من المستشفى و موضح به تاريخ الحصول على الخدمة.</li> <li>فاتورة تفصيلية سعرية للخدمات.</li> <li>إجمالى المبلغ المدفوع.</li> <li>صورة شهادة ميلاد الطفل.</li> </ul>	
٦	خدمات الأسنان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>صورة من بطاقة التعريف الخاصة بالمستفيد.</li> <li>مستند إثبات دفع (إيصال رسمى) مفصل مختوم من مقدم الخدمة و موضح به تاريخ الحصول على الخدمة.</li> <li>إجمالى المبلغ المدفوع.</li> </ul>	
٧	خدمات البصريات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>صورة من بطاقة التعريف الخاصة بالمستفيد.</li> <li>كشف حدة الإبصار.</li> <li>مستند إثبات دفع (إيصال رسمى) مفصل مختوم و موضح به تاريخ الحصول على الخدمة.</li> <li>إجمالى المبلغ المدفوع.</li> </ul>	
					الإجمالى

ملحوظة: فى حالة وجود اى استثناء يجب احضار صورة من نموذج الاستثناء