



الجامعة الهاشمية
دائرة التأمين الصحي

نموذج طلب الاطلاع على مطالبة طبية ومراجعتها

السيد مدير دائرة التأمين الصحي،

تحية طيبة وبعد،

أرجو الإيعاز باستخراج المطالبة / المطالبات الطبية المبين تفاصيلها أدناه، وذلك للأسباب

المبينة، كما أتعهد بالمحافظة على محتوياتها، وعدم إجراء أي تعديل عليها، وتسليمها كما هي:

#	إسم المريض	اسم المستشفى أو المطالبة خارج شبكة التأمين	التاريخ	الرقم المتسلسل	الشهر الذي صرفت فيه المطالبة	ملاحظات
1						
2						
3						

إسم المشترك:..... الرقم الوظيفي:.....

رقم الهاتف:..... التوقيع:.....

الكلية والقسم:.....

لاستعمال دائرة التأمين الصحي:.....	
.....	
موظف الأرشفة/ مأمور الفرز	مدير دائرة التأمين الصحي
.....
* الفواتير الشخصية المصروفة تعتبر ملكاً لدائرة التأمين الصحي ولا يجوز التعديل عليها أو الاحتفاظ بها	
* سيتم إعادة الفواتير الشخصية المرفوضة للمشارك، كونها لم تصرف له، ولعدم حاجة الدائرة لها.	
* فواتير المستشفيات تبرز للمستفيد بهدف الإطلاع فقط.	