

طلب صرف فواتير معالجة طبية								
			اسم المشترك	جهة العمل				
			الرقم الوظيفي	رقم الهاتف				
			رقم بطاقة التأمين	درجة التأمين				
تفاصيل الطلب								
ت	رقم الفاتورة	تاريخ الفاتورة	قيمة الفاتورة		اسم الطبيب/الصيدلية المختبر	اسم المنتفع	مكان العلاج	درجة القرابة
			فلس	دينار				
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
المجموع								

أقر بأن البيانات والمطالبات أعلاه صحيحة وبخلاف ذلك أتحمّل كافة المسؤوليات القانونية المترتبة على ذلك .
التاريخ : / / م
التوقيع :

ملاحظات: جهة الاعتماد

التاريخ : / / م
التوقيع :

عند تقديم الطلب لا تصرف الفواتير التي مضى عليها أكثر من " شهر "