

رقم : .....

تاريخ : .....

### إلى لجنة التأمين الصحي الشامل

رقم بطاقة التأمين :

اسم المؤمن :

جهة العمل التابع لها المؤمن له :

رقم الهاتف :

الموضوع بخصوص ما يلي :

◇ حالة باردة ( عملية )

◇ حالة اسعافية

◇ دخول مشفى

◇ وصفة طبية

◇ زيارة طبيب

◇ غير ذلك

◇ تحاليل او صور شعاعية

تاريخ تقديم الطلب :

مضمون الطلب :

.....  
.....  
.....  
.....

اسم وتوقيع العضو

تاريخ تقديم الطلب : / / ٢٠

رأي رئيس لجنة التأمين الصحي الشامل

.....  
.....

رئيس اللجنة