

طلب صرف أدوية مزمنة

المؤمن:	رقم بطاقة التأمين:
نقابة المهندسين فرع ريف دمشق	رقم الموبايل :
مركز التسليم: شركة الخدمات المميزة	صيدلية أخرى

الطبيب: الإختصاص: التشخيص:

م	اسم الدواء	الجرعة اليومية	مدة المعالجة	ختم الطبيب وتوقيعه
١				
٢				
٣				
٤				
٥				
٦				
٧				

الطبيب: الإختصاص: التشخيص:

م	اسم الدواء	الجرعة اليومية	مدة المعالجة	ختم الطبيب وتوقيعه
١				
٢				
٣				
٤				
٥				

الطبيب: الإختصاص: التشخيص:

م	اسم الدواء	الجرعة اليومية	مدة المعالجة	ختم الطبيب وتوقيعه
١				
٢				
٣				
٤				

ملاحظة هامة: يجب أن يرفق الطلب تقرير طبي يصف الحالة المرضية مدعم بثبوتيات الحالة (تحاليل - صور شعاعية - cd) نسخ أصلية حصراً .

المرفقات:

- ١
- ٢
- ٣
- ٤
- ٥

التاريخ:

اسم وتوقيع المؤمن

قرار لجنة التأمين :

قرار الإدارة (شركة الخدمات المميزة):

ختم وتوقيع الإدارة (الخدمات المميزة)