



طلب أدوية مزمنة / Chronic Form

Insured's Name / اسم المؤمن له	Age/العمر
Group / اسم المجموعة	Contract/رقم العقد
Guarantor / شركة التأمين	Individual/الرقم الفردي
Starting Date / تاريخ بدء العقد	Expiry Date / تاريخ نهاية العقد

بموجب هذا التصريح أوكل توكيلاً لا رجوع عنه شركتي التأمين و غلوب مد سورية (مندوبون ووكلاء إداريون) بالحصول على معلومات العلاج المذكور أدناه بالإضافة إلى جميع المعلومات الصحية المتعلقة بي، متنزلاً بالتالي عن حقي بالسرية الطبية لصالح شركة الضمان والوكيل الإداري ومندوبي شركة غلوب مد سورية
الاسم :

الإمضاء:

التاريخ:

To be completed by Treating Physician / تملأ من قبل الطبيب المعالج

اسم الطبيب/Dr.
العنوان/Address

الاختصاص/Specialty
رقم الهاتف/Tel Nbr.

التشخيص / Diagnosis

تاريخ بدء المرض / Since When

العلاج / Treatment Plan

Name of Medicine / اسم الدواء	Allowed Generic Substitute / البديل الدوائي	Dose/ عيار الدواء	Frequency/ الجرعة اليومية	Duration/ مدة العلاج
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date / التاريخ: .../.../.....

إمضاء وختم الطبيب المعالج

Reserved to GlobeMed Syria / خاص بغلوب مد سورية

Approved by:

Dr.....

Date: .../.../.....

Signature:.....

Reserved To Guarantor's Relation Department / خاص بغلوب مد سورية

Administrative approval from Guarantor's Relation

YES

NO

Excess

Comments:

Date: .../.../.....

Name: Signature: