

طلب أدوية مزمنة / Medical Record

Insured's Name اسم المؤمن له/	.....	Age/العمر	.....
Group/اسم المجموعة	.....	Contract/رقم العقد	.....
Guarantor/شركة التأمين	الشركة المتحدة للتأمين	Individual/الرقم الفردي	.....
Starting Date/تاريخ بدء العقد	.....	GR Date/تاريخ الحصول على ضمانة التجديد	.....
		Expiry Date / تاريخ نهاية العقد	.....

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

الاسم :

التاريخ: الإمضاء:

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

Dr./اسم الطبيب	.....	Specialty/الاختصاص	.....
Address/العنوان	.....	Tel Nbr./رقم الهاتف	.....

Diagnosis/التشخيص	Since When/تاريخ المرض
.....
.....
.....

Treatment Plan/العلاج:

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

Date/التاريخ:/...../.....

Stamp & Signature of Treating Physician

إمضاء وختم الطبيب المعالج

Reserved to TPA company

Approved by:	Dr.....
Date:...../...../.....	Signature:

Reserved To Guarantor's Relation Department

Administrative approval from Guarantor's Relation Department:	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Excess
Comments: .....	.....	
Date:...../...../.....	Name:	Signature:	