



استمارة شكوى بخصوص التأمين الصحي

- اسم المؤمن له :
- رقم البطاقة :
- رقم الهاتف :
- نوع الخدمة :
- دخول المشفى : حالة اسعافية
- زيارة طبيب
- وصفة دوائية
- تحاليل أو تصوير أشعة
- غير ذلك
- تاريخ الخدمة :
- اسم مقدم الخدمة :
- نوع الشكوى :
- رفض مقدم الخدمة القيام بالإجراء الطبي.
- مقدم الخدمة يؤخر العلاج أو المعاينة.
- اقتطاع مبلغ اضافي من مقدم الخدمة.
- سوء معاملة مقدم الخدمة.
- مقدم الخدمة لم يعد ضمن الشبكة .
- عدم الموافقة من شركة ادارة النفقات على الإجراء الطبي.
- غير ذلك

..... تاريخ تقديم الشكوى:

..... اسم وتوقيع المؤمن له:

ملاحظة: ستقوم شركة ادارة النفقات من خلال قسم معالجة الشكاوي بالاتصال بالمؤمن في حال الحاجة للحصول على تفاصيل أكثر.