

السادة مشتركي التأمين الصحي في الشركة المتحدة للتأمين
فورم الزيارات من خارج الشبكة الطبية
الأوراق المطلوبة

| الأوراق المطلوبة | نوع المطالبة |
|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> تقرير الطبيب مع قيمة الكشف <input type="checkbox"/> التشخيص | زيارة الطبيب |
| <input type="checkbox"/> طلب الطبيب بالأدوية الموصوفة <input type="checkbox"/> تشخيص الحالة <input type="checkbox"/> الفاتورة المسددة موقعة ومختومة من الصيدلية <input type="checkbox"/> فوارغ علب الأدوية " إن وجدت " | الصيدليات |
| <input type="checkbox"/> تقرير الطبيب لإجراء التحاليل <input type="checkbox"/> التشخيص <input type="checkbox"/> نتيجة التحاليل <input type="checkbox"/> الفاتورة المسددة موقعة ومختومة من المخبر | المخابر |
| <input type="checkbox"/> طلب الطبيب لإجراء الأشعة <input type="checkbox"/> التشخيص <input type="checkbox"/> تقرير الأشعة <input type="checkbox"/> الفاتورة المسددة موقعة ومختومة من المركز | الأشعة |
| <input type="checkbox"/> تقرير الدخول (الحالة) <input type="checkbox"/> تقرير الخروج (الإجراءات) <input type="checkbox"/> جميع تفاصيل الأدوية الموصوفة <input type="checkbox"/> نتائج التحاليل والأشعة إن وجدت <input type="checkbox"/> فاتورة مفصلة موقعة ومختومة | المستشفى |

ملاحظة: يرجى تسليم كافة المطالبات المتعلقة بالتأمين الصحي الى الشركة المتحدة للتأمين خلال مدة أقصاها 30 يوم من تاريخ المطالبة والاعتبر المطالبة مرفوضة ولاغية.