

نموذج تعويض مطالبة دفع نقدي

الرقم: 32/2024

اسم المؤمن:	اسم الموظف:
رقم بطاقة المؤمن:	اسم حامل العقد: الجامعة الألمانية الأردنية

رقم العقد: 2637

رقم الهاتف المحمول للموظف: \_\_\_\_\_

الجهة ليتم اصدار التعويض: \* **حامل العقد**

الرقم	رقم الفاتورة	تاريخ الفاتورة	قيمة الفاتورة	اسم الجهة الطبية	ملاحظات
1					
2					

يرجى الالتزام بإرفاق ما يلي وفقاً لنوع فاتورة المعالجة " خارج المستشفى / داخل مستشفى "

مطالبة دفع نقدي خارج المستشفى	
المرفقات المطلوبة	
نموذج معالجة	
الفواتير معبأة من الجهة الطبية وان تكون أصلية ومختومة.	
التشخيص الطبي و أية طلبات لصرف الأدوية او اجراء الفحوصات المخبرية, او الصور الاشعاعية	
نتائج الاجراءات التشخيصية " فحوصات المختبر, تقارير الأشعة, تقرير التنظير, ... الخ."	
صورة اشعاعية لمطالبات الأسنان – قبل أو بعد الإجراءات	

مطالبة دفع نقدي داخل المستشفى	
المرفقات المطلوبة	
كافة الفواتير بحيث تكون معبأة من الجهة الطبية وان تكون تفصيلية, أصلية ومختومة.	
ارفاق ملاحظات الدخول, تقرير الخروج وملاحظات العملية " الاجراءات الجراحية "	

- يتم تسليم المطالبات خلال 10 أيام من تاريخ المعالجة
- في حال عدم الالتزام بنزويدنا بكافة الوثائق أعلاه وأية وثائق أخرى متعلقة بالحالة فإنه قد يتم الاعتذار عن تسديد المطالبة

توقيع مقدم الطلب

التاريخ:

-----  
-----  
لإستخدام دائرة الموارد البشرية في الجامعة الألمانية الأردنية:  
.....  
.....

