

طلب الحصول على وصفة طبية لذوي الأمراض المزمنة

اسم المؤمن عليه	تاريخ الميلاد
اسم الشركة/المجموعة	الرقم الوظيفي
رقم الجوال	رقم العضوية

أقر بموجبه بأن جميع المعلومات والمستندات المقدمة وفق هذا النموذج هي كاملة وصحيحة. كما أفوض بموجبه أي طبيب، أو مستشفى، أو عيادة، أو مزود خدمات طبية، أو شركة تأمين، أو مؤسسة، أو أي شخص آخر لديه سجلات أو معلومات عني، لتزويد شركة سيب للتأمين بالمعلومات الكاملة، بما في ذلك نسخ من السجلات الطبية المتعلقة بأي مرض، أو حادث، أو علاج، أو فحص، أو استشارة، أو إقامة بمستشفى.

اسم المريض/المؤمن عليه	التوقيع	التاريخ
------------------------	---------	---------

يجري استكمالها من قبل الطبيب المعالج/ المناوب

التشخيص	الوقت (سنة التشخيص)

ملاحظة مهمة: يرجى إرفاق نسخ من تقارير المختبر الحالية (إن وجدت)

اسم الدواء (النوع والعلامة التجارية)	الجرعة	عدد مرات الاستخدام	المدة

أين يريد المريض تسلم أدويته؟
(يرجى تحديد اسم مزود الخدمة)

اسم الطبيب المعالج	التخصص
ختم وتوقيع الطبيب المعالج	التاريخ

يجري استكمالها من قبل المسؤول الطبي لدى سيب للتأمين - CSC

الموافقة من قبل د.	التوقيع	التاريخ
--------------------	---------	---------