



## طلب صرف أدوية مزمنة

التاريخ:

اسم المؤمن:	رقم بطاقة التأمين:
اسم الشركة:	الدرجة:
مركز التسليم: ◇ مقر العمل - ◇ شركة كير كارد - ◇ - صيدلية أخرى	

إسم الطبيب 1: ..... الإختصاص: ..... التشخيص: .....

م	اسم الدواء	الجرعة اليومية	مدة المعالجة	اسم الطبيب
1				
2				
3				
4				
5				

إسم الطبيب 2: ..... الإختصاص: ..... التشخيص: .....

م	اسم الدواء	الجرعة اليومية	مدة المعالجة	اسم الطبيب
1				
2				
3				
4				
5				

إسم الطبيب 3: ..... الإختصاص: ..... التشخيص: .....

م	اسم الدواء	الجرعة اليومية	مدة المعالجة	اسم الطبيب
1				
2				
3				
4				
5				

\*- المرفقات :

توقيع وختم الطبيب المعالج

- 1

- 2

- 3

- 4

- 5

قرار شركة الإدارة :

\*-ملاحظة هامة : يجب أن يرفق بالطلب تقرير طبي يصف الحالة المرضية مدعم بثبوتيات الحالة ( تحاليل - صور شعاعية - cd .....نسخ أصلية حصراً