

كشف مطالبات المرضى

كشف مطالبات المرضى للفترة من ٢٠٢ / / الى ٢٠٢ / /

اسم الجهة الطبية:

التخصص:

العنوان:

رقم الهاتف:

رقم الاعتماد:

الرقم	اسم المريض	اسم شركة المريض	رقم البطاقة	تاريخ المعالجة	القيمة الإجمالية		قيمة التحمل		القيمة بعد التحمل	
					فلس	دينار	فلس	دينار	فلس	دينار
١										
٢										
٣										
٤										
٥										
٦										
٧										
٨										
٩										
١٠										
١١										
١٢										
١٣										
١٤										
١٥										
١٦										
١٧										
١٨										
١٩										
٢٠										
المجموع										

تاريخ إعداد الكشف:

تاريخ الاستلام من قبل شركة التأمين:

ختم وتوقيع الجهة الطبية:

ختم وتوقيع شركة التأمين: