

معلومات المريض

اسم المريض:			
تاريخ الميلاد:	يوم	شهر	سنة
عنوان البريد الإلكتروني:			
رقم بطاقة الكوت:			
اسم المجموعة/الشركة:			
النوع:	ذكر	أنثى	
رقم الإتصال:			
رقم البوليصة:			

تفاصيل العلاج

	تاريخ العلاج:
	أعراض /شكوى المريض:
	الفترة الزمنية للمرض:
	التشخيص:
	تفاصيل العلاج:
	أرقام الأسنان:

تفاصيل المطالبة

قيمة المطالبة: (يرجى التأكد من تقديم الفواتير الأصلية، وإثباتات الدفع، و وصفات الأدوية التي تدعم مبلغ المطالبة)

معلومات مقدم الخدمة

اسم مقدم الخدمة الطبية:	اسم الطبيب المعالج:	اسم مقدم الخدمة:
		اسم البلد:
		رقم الترخيص:

المعلومات المصرفية

لتسهيل السداد العاجل، يرجى التأكد من تسجيل أحدث تفاصيلك المصرفية لدى شركة الكوت للتأمين وإعادة التأمين. لتسجيل أو تحديث معلوماتك المصرفية يرجى الدخول إلى تطبيق الكوت الهاتفي للعناية الدولية، أو بوابة أعضاء الكوت، أو تقديم نسخة من معلوماتك المصرفية على ورقة المصرف المروسة معنونة إلى : customercare@alkoot-medical.com

يرجى العلم بأننا نقل المعلومات المصرفية للعميل الرئيسي فقط (صاحب البوليصة الرئيسي)

عامل صحة الأسنان

يرجى إكمال هذا القسم في حالة علاج تقويم الأسنان

التصنيف السنوي:	درجة 1	درجة 2	درجة 3
التصنيف الهيكلي:	درجة 1	درجة 2	درجة 3

مواصلة (علاج تقويم الأسنان)

1. الدرجة القاطعة السهمية:	ملم
2. عرض نقطة الاتصال:	ملم
3. العضة المعكوسة:	ملم (أمامي)
	ملم (خلفي)
	ملم (Betn. RCP & ICP)
4. العضة المفتوحة:	ملم (أمامي)
	ملم (خلفي)
	ملم (جانبي)

5. اعضاء المعكوسة الأمامية:	ملم
صعوبة الكلام / المضغ:	نعم لا
6. العضة الزائدة:	عميقة كاملة غير كاملة غير موجودة
الرض الحنكي:	نعم لا
الرض اللثي:	نعم لا

الربع 1 - رقم السن:	،	،	،	،	،	،	7.نقص عدد الأسنان
الربع 2 - رقم السن:	،	،	،	،	،	،	
الربع 3 - رقم السن:	،	،	،	،	،	،	
الربع 4 - رقم السن:	،	،	،	،	،	،	

الأسنان المحصورة:	‘	‘	‘	‘	‘	‘	‘	8. مشاكل أخرى:
الأسنان المنطمرة:	‘	‘	‘	‘	‘	‘	‘	
الأسنان المغمورة:	‘	‘	‘	‘	‘	‘	‘	
الأسنان الزائدة:	‘	‘	‘	‘	‘	‘	‘	
أسنان محتبسة:	‘	‘	‘	‘	‘	‘	‘	
بروز منتبذ للأسنان:	‘	‘	‘	‘	‘	‘	‘	

9. تشوهات الوجه القحفية:

ضع علامة على الدرجة الصحيحة

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

العنصر الجمالي :

إقرار:

بموجب هذا أفوض أي من مقدمي الخدمات الطبية منح حق الوصول لشركة الكوت للتأمين أو أي من الشركات التابعة لها إلى أو تسليمها جميع سجلاتي الصحية و/أو سجلات عائلتي بما في ذلك النسخ دون أي استثناء بغض النظر عن الجهة الدافعة / شركة التأمين السابقة، كذلك أوافق على أن أي نسخة من هذا الإقرار سيكون لها نفس قوة صلاحية الأصل. بالإضافة إلى ذلك، فإنني أقر بأن المعلومات الواردة في نموذج المطالبة هذا صحيحة تماماً على حد علمي واعتقادي، وإذا تضمنت أي بيانات كاذبة أو غير صحيحة، أو إذا أخفت أي حقيقة جوهرية، فسيتم اعتبار ذلك بمثابة إسقاط لحقي في تقديم هذه المطالبة.

توقيع المريض والتاريخ:

توقيع وختم الطبيب المعالج: التاريخ: