

نموذج ترجمة فواتير طبية

اسم المبتعث: _____ جهة: _____ : الابتعاث
اسم المريض: _____ صلة القرابة: _____ :

م	رقم الفاتورة	تاريخها	تفاصيل العلاج	المبلغ	خاص بالملحقية الثقافية
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
الإجمالي المصدق عليه من الملحقية الثقافية حسب اللوائح والأنظمة بالروبية					

*** شروط التعويض المالي للفواتير الطبية :**

- 1- إرسال أصل الفواتير وأصل وصولات الدفع لكل فاتورة.
 - 2- يتم اعتماد التعويض للفواتير المترجمة فقط والمطابقة للوائح والأنظمة.
 - 3- خطاب من التأمين الصحي يفيد بعدم التعويض عن الفاتورة.
 - 4- إمضاء المبتعث على صحة الترجمة..... والتاريخ / / 14 هـ
- * إمضاء مراجع المكتب على صحة الترجمة..... والتاريخ / / 14 هـ
- * للموظف الرسمي في الوزارة علامة X تدل على أن الفاتورة لا تدفع حسب اللوائح والأنظمة.
(يمكن تصوير النموذج في حالة الحاجة إلى نموذج آخر)