

طلب مساعدة مرضية

التسجيل (خاص بالتعاونية)

المركز :
الرقم :
التاريخ : / /

آخر مساعدة مرضية لصاحب العلاقة سجلت

تحت رقم تاريخ / /
إسم الموظف التوقيع

رقم الانتساب

نوع المساعدة

مرضية عادية أسنان
علاج في الخارج تسديد سلفة

إسم المصرف والفرع:

رقم الهوية المصرفية IBAN:

LB

جانب تعاونية موظفي الدولة،

أنا الموقع أدناه: بواسطة:

الوظيفة: الفئة: الوزارة أو الإدارة:

مركز العمل: المحافظة: القضاء: الهاتف:

عنوان السكن (للمتقاعد): الخليوي: الهاتف:

أرجو الموافقة على إعطائي المساعدة المرضية التي تستحق لي وفقاً للمعلومات والمستندات المرفقة، مع الإشارة إلى أنني:

التاريخ: / /

(توقيع المنتسب)

في الخدمة الفعلية:

دائم

متعاقد

إستيداع

إجازة بدون راتب

(خلال الخدمة)

تعويض صرف

متقاعد

أنهيت خدمتي:

أخ/أخت

أم/أب

ابن/ابنة

أرمل(ة)

على عهدة منتسب متوف:

خانة مخصصة لمن هم في الخدمة

جانب تعاونية موظفي الدولة،

أؤكد على ما ورد أعلاه حول وجوده (ها) في
الخدمة الفعلية أثناء المدة المصرح عنها:

التاريخ: / /

(توقيع الرئيس المباشر وخاتمه)

تتضمن أدوية أمراض مستعصية

سلمت فراغات الأدوية عدد

ختم الصيدلي

ختم المدقق

ختم المنشئ

المجموع	على أساس			احتساب القيمة التي على أساسها تدرس من قبل اللجنة الطبية	خاص بالتعاونية
	%.....	%٧٥	%٥٠		
				القيمة الفعلية المقامة من المنتسب	
				قيمة الحسم الإداري	
				القيمة بعد الحسم الإداري	

إسم المريض					
					تاريخ الولادة
					الوضع العائلي
					درجة القرابة للموظف
					تاريخ بدء العلاج
					تاريخ انتهاء العلاج

معلومات عن المرضى					
					الأطباء المعالجين
					الأدوية
					التحاليل المخبرية
					الصور الشعاعية / الصوتية
					الصور المغناطيسية / الطبقيّة
					تخطيط (القلب / الدماغ)
					العلاج الفيزيائي
					زرع أسنان
					تقويم أسنان
					نظارات / عدسات
					تلقیح إصطناعي
					طوارئ ER
					النفقات الأخرى
					المجموع

المجموع العام ل.ل.

المستندات الطبيّة المطلوبة وشروط تقديمها:

الموافقات المسبقة
<p>١. ضرورة التقيد بمهلة الستة أشهر لتفادي سقوط الحق في الفواتير.</p> <p>٢. وضع التاريخ وخاتم الطبيب المعالج على كل من الوصفة الطبية الموحدة والإيصال.</p> <p>٣. وضع التاريخ وخاتم الصيدلي على فاتورة الأدوية مع ذكر عبارة: وصلني المبلغ نقداً، (على أن تكون الفاتورة مرقمة آلياً).</p>
التحاليل المخبرية
<p>❖ للعلاج الدائم (على أن تجنّد سنوياً)</p> <p>❖ الموافقات العادية مع إيصالات الدفع، ونسخة عن نتائج مختلف الصور موقعة حسب الأصول</p> <p>❖ الموافقات الخاصة لعلاج الأسنان مع وجود الطابع النقابي على الوصفة الطبية والفاتورة والالتزام بالمثل أمام اللجنة الخاصة بالأسنان قبل وبعد إجراء العلاج</p> <p>صورة عن النتيجة مع الإيصال والفاتورة المفصلة التابعين لها مع خاتم المختبر وتوقيع المسؤول عنه.</p>

ملاحظات هامة:

١. تُقدّم كل مساعدة بشكل مستقل حسب نوعها.
٢. لا تنسى توقيع الرئيس المباشر مع ذكر التاريخ في حال كنت في الخدمة الفعلية.
٣. تُرثب المستندات وفقاً لتسلسل التواريخ لكل مريض على حدى.
٤. تُدوّن لائحة فراغات الأدوية بالتسلسل الأبجدي.
٥. يجب تفصيل قيمة الإيصالات وتسجيلها في أماكنها الخاصة (باب نفقات علاج).
٦. لا يمكنك تقديم الطلب إلا بعد مرور ثلاثة أشهر على الأقل من تاريخ تقديم آخر طلب باستثناء طلبات تسديد السلف.
٧. يمكن متابعة المعاملة على موقع التعاونية الإلكتروني www.mfe.com

المعلومات المطلوبة

أنا الموقع أدناه أصّح بالمعلومات التالية عن زوجي وأولادي والذين على عهدي وذلك على مسؤوليتي الشخصية وتحت طائلة المسؤولية المدنية والجزائية، وأتعهد بردّ جميع المبالغ التي أكون قد قبضتها من التعاونية في حال ثبت أن هذه المعلومات غير صحيحة.

وتدرج المعلومات المرتبطة بالمستفيدين من هذه المساعدة **فقط** وذلك بإضافة المعلومات المحددة أو بوضع علامة X في المربع المناسب أو بشطب الكلمة غير المناسبة.

الإسم الثلاثي للزوج الإسم الوالدة			
في حال كان منتسباً إلى التعاونية		رقم الإنتساب: /	
الوظيفة الحالية:	الفئة:	الرتبة:	الدرجة:
في حال عدم الإنتساب إلى التعاونية			
يتعاطى عملاً مأجوراً	<input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> نعم	نوع العمل:
يستفيد من مصدر رسمي آخر	<input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> نعم	إسم المصدر:
يستفيد من مصدر آخر	<input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> نعم	إسم المصدر:
تقدم بتصريح يتعلق بعدم استفادته عن الأولاد	<input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> نعم	

تصريح
عن الزوج
وتعهده

أسماء الأولاد			
أقاضي عنهم التعويض العائلي			
طالب			
لا يعمل			
عاجز / ذو عهدة			

تصريح
عن
الأولاد

إن والدي لا يتعاطى / والدي لا تتعاطى عملاً مأجوراً، وليس له/لها أموال ثابتة أو منقولة تسمح له/ لها بتحمل نفقات العلاج		رقم العهدة:	تاريخها:	تأشير القلم:
إن أخي لا يتعاطى / وأختي لا تتعاطى عملاً مأجوراً، وليس له/لها أموال ثابتة أو منقولة تسمح له/ لها بتحمل نفقات العلاج		رقم العهدة:	تاريخها:	تأشير القلم:

تصريح
عن
نوي العهدة

التاريخ الإسم التوقيع

إرشادات هامة

بعد الإنتهاء من ملء طلب المساعدة المرضية، تأكد من:

- ❖ ملء المعلومات كاملة ودقيقة على هذا الطلب.
- ❖ إدراج نفقات زرع وتقويم الأسنان في الخانات المخصصة لها فقط.
- ❖ ملء الخانات الخاصة بأصحاب العلاقة (باب معلومات عن المرضى).
- ❖ ضرورة ضم الإفادات وملء التصاريح المتعلقة بعمل الزوج وملء التصاريح الأخرى كاملة.

المستندات الإدارية المطلوبة وشروط تقديمها:

إخراج قيد عائلي	للمتعاقدين فقط
❖ للولد الأثني فوق ١٨ سنة / لشقيق(ة) المنتسب: صورة عنه على أن لا يتعدى تاريخه ٣ أشهر.	❖ صورة عن عقد الإنفاق العائد للسنة الحالية (في حال وجوده)، وإلا إفادة من المحاسب المختص يذكر فيها اقتطاع نسبة ١,٥% من تعويضه الشهري لصالح التعاونية.
❖ لأرملة المنتسب: صورة عنه على أن على أن لا يتعدى تاريخه السنة.	
إفادات مدرسية أو جامعية	
❖ للولد الذكر بين ١٨ و ٢٥ سنة صورة عنها.	

خاص باللجنة الطبية

إن اللجنة الطبية في تعاونية موظفي الدولة،
بناءً على نظام المنافع والخدمات المعمول به في تعاونية موظفي الدولة،
بناءً على طلب المساعدة المرضية المرفق رقم تاريخ / /
المقدم من السيد الموظف في الفئة

تقرر ما يأتي

حقل مخصّص للطبيب

أسباب الحسم	قدره (ل.ل.) وعلى أساس			حسم مبلغ من
	%.....	%٧٥	%٥٠	
				الأطباء المعالجين
				الأدوية
				التحاليل المخبرية
				الصور الشعاعية / الصوتية
				الصور المغناطيسية / الطبقيّة
				تخطيط (القلب / الدماغ)
				العلاج الفيزيائي
				زرع الأسنان
				تقويم أسنان
				النظارات / العدسات
				الطوارئ ER
				النفقات الأخرى

محاولة

دون تنسيب

	التفليح الإصطناعي (المبلغ المقدم من المنتسب:)	<input type="checkbox"/> أولى <input type="checkbox"/> ثانية وأخيرة
--	---	---

			مجموع الحسومات
--	--	--	----------------

%.....	%٧٥	%٥٠	حقل مخصّص للمقرّر
			القيمة الموافق عليها
			القيمة المستحقة لصاحب العلاقة
			المجموع العام

وبذلك تكون الأسعار مطابقة للأنظمة والقوانين النافذة.

التاريخ / /

(توقيع المقرّر)

الإسم

التاريخ / /

(توقيع الطبيب)

الإسم