

رقم الإحالة: -----/-----

في -----/-----/-----

المديرية العامة للأمن العام

طلب مساعدة مرضية

إسم العسكري :	الرقم العسكري :
الرتبة :	هاتف داخلي :
إسم المريض :	درجة القربي :
صلاحية بطاقة الخدمات الإجتماعية: ٢٠ / /	
عنوان السكن (قضاء):	هاتف :
تاريخ إبتداء المعالجة: ٢٠ / /	تاريخ إنتهاء المعالجة: / /
٢٠	

قيمة نفقات المعالجة

الأعمال الطبية	خاص بالعسكري صاحب العلاقة (إجمالي النفقات)	خاص بدائرة الشؤون الصحية (صافي النفقات)
أجور أطباء		
ثمن أدوية		
مختبر		
أشعة		
أسنان		
نظارات		
مختلف		
مجموع النفقات	/ل.ل.	/ل.ل.
	فقط:	فقط:
التوقيع	صاحب العلاقة	رئيس شعبة الإستشفاء والمراقبة

