السلام عليكم ورحمة الله وبركاته..

يوجد ادناه نموذج الابلاغ عن الشكاوي ، يرجى اتباع الجدول بالتفاصيل المذكورة و الشرح الواضح لمشكلة العميل.

نرجوا التزويد برقم بطاقة التأمين في عنوان ايميل الشكوى.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نموذج إبلاغ عن شكوى التأمين الصحي               Medical Insurance Complaint Form | | | |
|  | |  |  |
| Insured Member Name: | |  | اسم المؤمن: |
| Insured Pin: | |  | رقم بطاقة التأمين : |
|  | Class: |  | الفئة: |
|  | Policy Number: |  | رقم الوثيقة : |
|  | Mobile number: |  | رقم الجوال : |
|  | Provider Name / branch: |  | المرفق الطبي / الفرع: |
|  | Time and Visit Date : |  | تاريخ ووقت الزيارة: |
|  | CCHI NO. / ESKA. Code |  | رقم مجلس الضمان /  رقم النظام |
| City: | |  | المدينة : |
|  | |  |  |
| Problem description: | |  | وصف المشكله: |