

استمارة المطالبة بسداد الاستحقاقات الصحية التي يديرها صندوق سانديل بنفسه

(أ) البيانات الشخصية للمشارك

الاسم الأول *	اسم *
العائلة *	تاريخ ومحل الميلاد * في *
في * / /	الضريبي *
*حقن إلزامي.	

أقر بأنني أرغب في استلام مدفوعات اشتراكي على البنك التالي: البنك/المكتب
البريدي: _____
الآبيان الخاص بالعضو، أو الذي يشترك به العضو مع شخص آخر، 72 حرفاً ورقماً
رمز الآبيان * |
☐ أنا لست صاحب الحساب البنكي أو أنا صاحب الحساب البنكي .
*حقن إلزامي.

(ب) املء الخانة أدناه فقط إذا كان الطلب يتعلق بزواج أو زوجة مُعال مالياً، كما هو موضح في سجل الأسرة، أو طفل مُعال مالياً

الجهة التي يتم استرداد المبلغ المسترد منها .
الاسم الأول * اسم *
تاريخ ومحل الميلاد * (المقاطعة) * في * / /
الرمز الضريبي * |
*حقن إلزامي.
التفويض - في حالة تقديم طلب من العضو للزوج المعال مالياً، كما هو موضح في شهادة الحالة العائلية أو الطفل المعال مالياً وهو بالغ: (مساحة محجوزة للطرف المفوض)
يُقر/تُقر الموقع/ة أدناه، بصفته/ا زوجاً/زوجة مُعالاً/ة من الناحية الضريبية كما هو مبين في سجل الحالة العائلية، أو ابناً/ابنة بالغاً/ة مُعالاً/ة من الناحية الضريبية للمُسجل/ة، بأنه/ا قد أطلع/ت وقرأ/ت وفهم/ت إشعار الخصوصية المنشور على موقع Sanedil - قسم الخصوصية، ويُبدى/تُبدي موافقته/ا على معالجة البيانات الشخصية، بما في ذلك الفئات الخاصة من البيانات المتعلقة بالصحة، لأغراض إدارة وتقديم خدمات الرعاية الصحية والتكافل الاجتماعي، وكذلك سداد النفقات لصالح المُسجل/ة؛ كما يُوافق/توافق على أن يكون المُسجل/ة هو/هي الشخص الوحيد الذي يتلقى الاتصالات من Sanedil، والطرف الوحيد المخوّل لتقديم طلبات السداد والمستندات الأخرى، بما في ذلك تلك التي تحتوي على بيانات صحية، إلى Sanedil عن طريق "المُيسرين" Casse Edili أو EdilCasse.
مكان وتاريخ توقيع أحد أفراد أسرة العضو
يجب أن يكون التوقيع مكتوباً بالكامل ومقروءاً وألا يحتاج إلى توثيق مع إرفاق نسخة من وثيقة هوية المندوب

تفويض "الميسر"
الموقعون أدناه * لمفوضون السيد/السيدة *
المولود في * (المقاطعة) * في * / / لتسليم طلب السداد هذا، بما في ذلك أي وثائق مرفقة، إلى مكتب صندوق كاسا إديل/إديل كاسا المعني.
*حقن إلزامي.
تاريخ توقيع العضو
يجب أن يكون التوقيع مكتوباً بالكامل ومقروءاً وألا يحتاج إلى توثيق مع إرفاق نسخة من وثيقة هوية المندوب

البيانات الشخصية لصندوق CASSA EDILE/EDILCASSA المُبلغ (يقوم بتعبئتها موظف الصراف فقط في حالة الطلب بدون وصفة طبية)
كاسا إديل/إديل كاسا دي CNCE رمز
الشخص المسؤول عن الاتصال رقم الهاتف
عنوان البريد الإلكتروني للاتصال

(ج) الخدمات الصحية

حدد موضوع طلب الاسترداد والمستندات المرفقة كنسخ

☐ عدسات تصحيحية و/أو تركيب

يرجى إرفاق الوثائق التالية

- ☐ نسخة من شهادة تصحيح/عيوب الإبصار الصادرة عن طبيب العيون/أخصائي العيون
(لا يجب إرفاق الشهادة لمطالبة تعويض الإطارات فقط)
- ☐ نسخة من مستند الإنفاق: فاتورة مستلمة/إيصال
(يجب أن تشير وثيقة المطالبة بتعويض عن ثمن الإطار فقط إلى ملاءمة العدسات التصحيحية المستخدمة)

☐ المساعدات/الأجهزة الصحية

- ☐ مشدات العظام/دعامات تقويم العظام
- ☐ أحذية ونعال تقويم العظام
- ☐ حاوية البطن
- ☐ الكرسي المتحرك
- ☐ العكازات والعصي والحوامل الثلاثية والرباعية ومختلف المشايات
- ☐ الأوصياء.
- ☐ تقويم العظام

يُرجى إرفاق الوثائق التالية .

- ☐ نسخة من وصفة الطبيب المختص .
(يجب أن تحتوي الوصفة الطبية على السؤال التشخيصي أو الحالة المرضية المفترضة أو المؤكدة التي جعلت الخدمة ضرورية)
- ☐ نسخة من مستند الإنفاق: فاتورة مستلمة/إيصال استلام .

☐ العلاجات الفيزيائية التأهيلية

يرجى إرفاق الوثائق التالية

- ☐ نسخة من وصفة الطبيب المختص .
- ☐ نسخة من مستند الإنفاق: فاتورة مستلمة/إيصال استلام .
(يجب أن تذكر الوثيقة مؤهلات الطبيب أو أخصائي الرعاية الصحية)

☐ زيارات المتخصصين

(يمكن طلب الضمان فقط بالنسبة للمستندات المتعلقة بالمصاريف حتى 31 ديسمبر 2024. راجع أرشيف الأدلة على موقع صندوق Sanedil)

ارفق الوثائق التالية .

- ☐ نسخة من مستند الإنفاق: فاتورة مستلمة/إيصال استلام .
(يجب أن تذكر الوثيقة مؤهلات الطبيب المختص)

يجب تقديم المستندات المرفقة مع طلب السداد هذا (مثل الفواتير، الإيصالات، الوصفات الطبية، وما إلى ذلك) على شكل نسخ. يجوز لـ Sanedil، وفقاً لتقديرها المطلق، أن تطلب في أي وقت إرسال المستندات الأصلية أو مستندات إضافية لأغراض التحقق اللازمة، بالإضافة إلى تلك التي تم تقديمها مسبقاً. في حال استلام مستندات مزورة أو مزيفة، ستقوم Sanedil بإبلاغ السلطات القضائية المختصة لإجراء التحقيقات اللازمة وتحديد أية مسؤوليات جنائية محتملة. يمكن خصم النفقات الصحية المُتحملة عند تقديم الإقرار الضريبي، ولكن فقط في حدود المبالغ التي لم يتم تعويضها من قبل هذا الصندوق.

من خلال التوقيع على نموذج الخصوصية وإرساله، أقر بأنني أعطيت Fondo Sanedil موافقتي على معالجة بياناتي الشخصية للأغراض المشار إليها في المعلومات المحددة، والتي قرأتها.

مكان وتاريخ توقيع العضو

يجب أن تكون التوقيعات مكتوبة بالكامل ومقروءة وألا تحتاج إلى توثيق