خاص بهيئة الإشراف على التأمين خاص بالجهة المشتكية

رقم الشكوى: رقم:

تاريخ الشكوى: تاريخ:

**استمارة شكوى بخصوص التأمين الصحي**

* اسم مقدّم الشكوى:
* رقم البطاقة:
* رقم الهاتف:
* جهة العمل التابع لها المؤمن له:
* المحافظة:
* الجهة المشتكى عليها:
* شركة التأمين.
* شركة إدارة النفقات الطبية (TPA).
* مقدّم الخدمة.
* لمعالجة الشكوى يرجى تحديد مايلي:
* نوع الخدمة المطلوبة:
* دخول المشفى: - حالة إسعافية. - حالة باردة (عملية).
* زيارة طبيب.
* وصفة دوائية.
* تحاليل أو صور أشعة.
* غير ذلك: .....................................................................................................................
* تاريخ تقديم الخدمة:
* اسم مقدّم الخدمة:
* مضمون الشكوى: ................................................................................................................

.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

تاريخ تقديم الشكوى:

اسم المؤمن له وتوقيعه:

للتواصل مع هيئة الإشراف على التأمين:

رقم الهاتف: 3061 - تحويلة: 116/117

البريد الالكتروني: sisc.sy@mail.sy رقم الفاكس: 2226224