



طلب تعويض عن / فواتير أسنان

رقم الطلب على سفير 2

First: Basic info for SACM Sponsored Student

أولاً: البيانات الأساسية (للمبتعث)

					إسم المبتعث (باللغة العربية)				
					رقم السجل المدني				
					جهة الابتعاث بالمملكة				

Second: Contact Details

ثانياً: معلومات الإتصال (للمبتعث)

Address					
City/Town		State		Postcode	
Mobile		Tel		Email	

Third: Authorization to The Cultural Attaché Office

ثالثاً: تفويض الملحقية

أقر بأن جميع المعلومات الموضحة أعلاه صحيحة، وأتحمل كامل المسؤولية وأكون عرضة للجزاء إذا تبين خلاف ذلك.

أفوض سفارة المملكة العربية السعودية بأستراليا (الملحقية الثقافية) بالتواصل مع العيادات والمراكز الطبية وموردي العلاج للحصول على بيانات المريض الشخصية والعلاجية، ومراجعة جميع بيانات العلاج الذي تم الحصول عليه.

I hereby authorise the Saudi Arabian Embassy (Cultural Attaché Office) to contact Medical Centres, Hospitals or Health providers on my behalf to verify and obtain any information regarding Patient Medical Conditions and Related Accounts.

Fourth: Invoices Details

رابعاً: تفاصيل الفواتير (للمريض)

م	رقم الفاتورة	تاريخ الفاتورة	تفاصيل العلاج - المريض	قيمة الفاتورة
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

الإجمالي المصدق عليه من الملحقية الثقافية حسب اللوائح والأنظمة (بالدولار الأسترالي)

عزيزي الطالب: الرجاء إرسال النموذج والمرفقات المطلوبة إلى عنوان الملحقية كالاتي، ويكتب على الظرف (طلب تعويض عن فواتير علاج)
Cultural Attaché Office - P.O. BOX 1206, DICKSON, ACT, 2602



ملاحظة: عدم إستيفاء جميع المسوغات أدناه لأي فاتورة من الفواتير المرسلّة يترتب عليه إلغاء الطلب كاملاً.

- تعبئة جميع خانات نموذج التعويض الخاص بفواتير الأسنان.
- إرفاق صور الفواتير التي توضح تفاصيل العلاج والمبالغ المراد التعويض عنها وتاريخ الاجراء.
- إرفاق إثبات الدفع الخاص بكل فاتورة مع الطلب (إثبات الدفع الصغير أو كشف حساب البنك).
- تكلفة علاج الأسنان لم تتجاوز \$5000 للشخص كحد أقصى سنوياً.
- تم إلصاق جميع المستندات وإثباتات الدفع صغيرة الحجم على ورق A4 (يرجى إستخدام الشريط اللاصق فقط).
- الفواتير المرسله للتعويض لا تشتمل على الخدمات التي لا تغطي نظاما كما هو موضح على موقع الملحقية.
- الرجاء إرسال النموذج والمرفقات المطلوبة إلى عنوان الملحقية: Cultural Attaché Office - P.O. BOX 1206, DICKSON, ACT, 2602