

AL AHLEIA INSURANCE CO. S.A.K

AHME AL JABER STREET
P.O. BOX : 1602 SAFAT
POSTAL CODE : 13017 KUWAIT
TEL : 2224 0033
TELEFAX : 2245 0298



CHRONIC MEDICATION APPLICATION FORM

Application Date:

تاريخ الطلب

Patient Name: اسم المريض		Age العمر	
Company Name اسم الشركه		Contact No. رقم هاتف العميل	
Policy Number رقم الوثيقة		Inside network Pharmacy Name اسم الصيدليه التابعه للشبكة الطبيه	
Patient Member No. رقم المريض التأميني		Signature التوقيع	

To be filled by Physician

تعبأ من قبل الطبيب المعالج

Case Diagnosis: _____ _____

Trade name of medicine الاسم التجاري للدواء	Dose / Day الجرعه/اليوم	Duration المدة	Automatic Renewal(✓ / X) التجديد التلقائي(✓ / X)

AIC Confirmation:

Date:

Stamp:

- Please verify AL Ahleia Medical card & Civil ID before dispensing the medications.
- الرجاء ابراز كارت التأمين و البطاقه المدنيه لاستلام الادويه