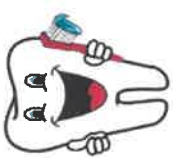




صندوق ر عاية الاسنان



## من أجل الحصول على التعويض يستلزم أن

- تكون عضو معتمد و مُصادق عليه في القسم 15 و تدفع الرسوم شهرياً .
- و كعضو جديد، يجب ان تكون قد دفعت دفعة واحدة على الأقل إلى IF Metall .
- أن تُسلم الايصالات الأصلية و تفاصيل العلاج. و ينبغي تسليمها عن طريق رسالة بالبريد، وليس عن طريق البريد الإلكتروني أو الوسائط الرقمية الأخرى.
- يجب أن يُنفذ العلاج من قبل طبيب أسنان/أخصائي صحة الأسنان في السويد.

---

لا يشمل صندوق رعاية الاسنان الاعضاء من المتقاعدين



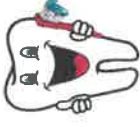
## يُمكنك الحصول على تعويض عن ذلك

- العلاجات التي تمّ إجراؤها من قبل أطباء الأسنان / أخصائي صحة الأسنان في السويد.
- على سبيل المثال: الفحص الأساسي، إزالة الجير، إصلاح الثقوب و الفحص بالأشعة السينية.
- العلاجات التي يتلقاها المريض خلال فترة 12 شهراً كحد أقصى.



## لا يتم تعويضك عن ما يلي

- قسائم الدفع التي تكون "بدون وصل عند الشراء"
- مواد العناية بالأسنان مثل فرشاة الأسنان، معجون الأسنان، جيوب الفلور، محلول المضمضة و عيدان نكش الاسنان و غيرها.
- جبيرة العَض، تقويم الاسنان، أدوات تزيين الاسنان، الخ.
- إيصال علاج الأسنان الخاص بأحد أفراد العائلة.



# أمثلة على الاجراءات التي لا يتم تعويضها!

Sida 1/2  
Utskrivet 20-05-19 15:19

Sammanställning vård  
Vårperiod: 20-03-18 -

## Kontantfaktura

Kvitto Nr:  
Patient Nr: 2020-05-28  
Datum:  
Kort

Tillstånd Åtg	Årtid	Tid	Info	Refpris	Antal	Ingenlöst HK-belopp 0
1001 101			Remissbeskrivning och diagnositik, specialistvård	865,00	1	1.150,00
1301 103			Åkar eller kompletterande undersökning eller utredning av kroniskt tand- eller visdomständer	375,00	1	375,00
1301 127			Remissundersökning, delstatus	195,00	1	195,00
3064 401	27		Tanduttagning, en tand	1.035,00	1	1.295,00
ATB			HK-ersättning	0,00		2.715,00
Tot FK retbelopp denna faktura				2.170,00		

## الفواتير/الإيصالات بدون تفاصيل

## Specifiserad kostnadsberäkning

Utsett 2020-11-10

## ان حساب التكلفة المحدد ليس عبارة عن إيصال.

Ref	Åtg	Tid	Info	Refpris	Antal	Pris	Belopp
1001	101		Remissbeskrivning och diagnositik, specialistvård	865,00	1	865,00	865,00
1301	103		Åkar eller kompletterande undersökning eller utredning av kroniskt tand- eller visdomständer	375,00	1	375,00	375,00
1301	127		Remissundersökning, delstatus	195,00	1	195,00	195,00
3064	401	27	Tanduttagning, en tand	1.035,00	1	1.035,00	1.035,00
ATB			HK-ersättning	0,00		0,00	0,00
Tot FK retbelopp denna faktura						2.470,00	2.470,00

MIFFO PÅ KÖP	EJ MIFFO PÅ KÖP	EJ
2019-01-11 20	0472	20,00
KÖP SEK		
MIFFO PÅ KÖP	EJ MIFFO PÅ KÖP	EJ
2019-01-11 20	0472	20,00
KÖP SEK		
MIFFO PÅ KÖP	EJ MIFFO PÅ KÖP	EJ
2019-01-11 20	0472	20,00
KÖP SEK		

قسائم الدفع التي تكون "بيون وصل عند الشراء"

## لا تُعدُ كلفة الرعاية عند الرقود في ردهات العلاج إيصالاً.

# اتفاقية الرعاية الوقائية Frisktandvårdsavtal



## Frisktandvårdsavtal

Avtalsnummer:  
Avtalspartier:  
Folk tandvården  
Organisationsnummer

Avtalsperiod: 2019-05-21 - 2022-05-20  
Avgiftsklas: 5  
Pris: 8430 kr för hela avtalsperioden  
Valt betalningsätt: Kontant

للحصول على تعويض عن اتفاقية الرعاية  
الوقائية الخاصة بك، تحتاج إلى إرسال نسخة من  
اتفاقية الرعاية الوقائية و كشف حساب مصرفي  
يوضح المبالغ المدفوعة.

يتم دفع المبالغ مرتين في السنة.  
الدفعة الأولى هي للفترة من شهر كانون  
الثاني/يناير و إلى حزيران/يونيو و الدفعة التالية  
هي لشهر تموز/يوليو - كانون الاول/ديسمبر.  
شرطية أن تكون قد أرسلت اتفاقية الرعاية  
الوقائية و كشف حساب مصرفي.



إذا كان لديك بنك سويد Swedbank، لن تحتاج إلى القيام بأي شيء. إذا كان لديك حساب في بنك آخر، يمكنك إبلاغ Swedbank عبر: [www.swedbank.se/kontoregister](http://www.swedbank.se/kontoregister)

إذا لم تبلغنا رقم حسابك، سوف تحصل على إشعار الدفع، يمكنك حينها التوجه إلى إحدى مكاتب Swedbank وطلب المساعدة في تحويل النقود. كما يمكنك اغتنام الفرصة للإبلاغ عن حسابك في حال الحصول على دفعات أخرى في المستقبل.



يجب إرسال الإيصالات مع الطلب الذي تجدهُ على الرابط:  
<https://www.ifmetall.se/om-oss/vara-avdelningar/stockholms-lan/tandfonden>



تقديم الطلب

### Application form for compensation from Dental Fund from 01/01/2020

Name: \_\_\_\_\_ Surname: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Post code: \_\_\_\_\_ Town: \_\_\_\_\_

Mobile number: \_\_\_\_\_

Membership number/Personal identity number: \_\_\_\_\_

If you have an account at Swedbank, you don't need to do anything.

If you have an account with another bank, please register this to Swedbank via:

[www.swedbank.se/kontoregister](http://www.swedbank.se/kontoregister)

The compensation will be transferred directly to your account.

Receipts should be sent to: IF Metall Stockholm County,

Att: Tandfonden

BOX 90202

120 23 STOCKHOLM

Please attach the original receipt below:  If it is a large receipt, staple this page together and enclose your large receipt behind this page.





**ثُرسل/ ثُبُغ الإِصصالاء إلى:**

IF Metall Stockholms Län

في: صندوق رعاية الاسنان Tandfonden

Box 90202

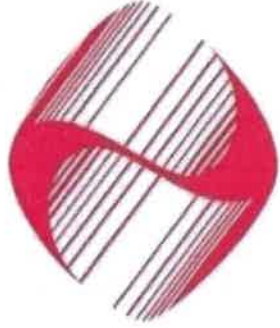
120 23 Stockholm

عنوان الزيارة:

Glasfibergratan 10

125 45 Älvsjö

أتلصل بالرقم الأاللي إذا كانت لءلكم الاسئلة: 08- 534 816 00



**IFMETALL**