



Medical Reimbursement Claim Form

نموذج استرداد مصروفات طبية

Insured Name: اسم العميل:

Medical Insurance Card No.: رقم بطاقة التأمين:

Insured Co.: الجهة المؤمنة:

Category: E+ E B+
Endurance: Medication % الأدوية Doctor Visit التحمل: مقابلة طبيب

Mobile No.: (Mandatory to update your claim status) رقم الهاتف:

Details for Bills:

تفاصيل الفواتير:

المجموع Total	أخرى Others	قيمة المختبر Lab. Cost	قيمة الأدوية Medication Cost	قيمة الكشف Cons. Fee	التشخيص Diagnosis

Claim's Required Documents:

المستندات المطلوبة للمطالبة:

1. Detailed Medical Report 2. Laboratory result & X-ray report 3. Original invoices & receipt of payments 4. Copy of Medical Insurance Card 5. In Case of refund Medication's bills, Must Attach the MEDICAL PRESCRIPTION, APPENDIX OF CHRONIC MEDICATIONS.	1. تقرير طبي مفصل عن الحالة. 2. نتائج المختبر و تقارير الأشعة. 3. أصول الفواتير وإبصال الدفع (موضح بها كل إجراء بالتفصيل وقيمه مفصله) 4. صورة من بطاقة التأمين 5. في حالة طلب استرداد فواتير علاج (أدوية) يتم إرفاق الوصفة الطبية بختم الطبيب المختص / ويتم إرفاق ملحق العلاج المستديم في حالة استرداد فواتير علاج مزمن شرط تطابق تاريخ الفاتورة مع الشهر المطلوب استرداده. *في حالة سحب الملحق من قبل الصيدلية لصرف علاجات أخرى يتم احضار صورة من الملحق
---	--

Note: Reimbursement of medical expenses will only apply to Cases submitted within 14 days OR as specified in the policy.

ملاحظة: استرداد المبالغ الطبية يكون للحالات التي تم تسليمها في مدة أقصاها 14 يوم او كما هو محدد في وثيقة التأمين

Declaration:

إقرار:

I Acknowledged that all above information are correct and under my responsibility:

أقر أن جميع المعلومات أعلاه صحيحة وعلى مسؤوليتي:

Name:

Date: / / 20

Signature: