



ace life

ACE Life Insurance Co. Egypt, S.A.E.
3, Abou El Feda Street, 5th Floor
Zamalek, Cairo, Egypt
Tel : 202 273 967 00
Fax : 202 273 967 07
Website : www.ancelifeegypt.com

Reimbursement Medical Claim Form

نموذج مطالبة طبية نقدية

Please complete a new separate Claim Form for:

الرجاء إستكمال نموذج جديد منفرد:

1) Each patient 2) Each visit or medical condition

(١) لكل مريض (٢) لكل حالة مرضية أو زيارة للعلاج

Patient's Information

بيانات المريض

Employee's Name إسم الموظف
Patient's Name إسم المريض
Patient's date of birth تاريخ ميلاد المريض
Group Name إسم الشركة
Policy No رقم الشركة
Medical card No رقم البطاقة الطبية
Patient's Contact No (For Emergency) رقم هاتف المريض (للضرورة)

Payment Details

تفاصيل دفع المطالبة

Please specify who will receive the payment:

Employee Employer (Company)

Total claimed amount

الرجاء تحديد الجهة التي سيتم الدفع إليها:

الموظف صاحب العمل (الشركة التي تعمل بها)

المبلغ الإجمالي للمطالبة

Claim Submission Procedures

إجراءات تقديم المطالبة

1. Please fill the claim form properly using your Medical Card issued by the Insurance Company, then sign the form in the place specified below.
2. All the claim documents must be in English or Arabic, documents in other languages must be translated prior to submission.
3. All claims to be submitted via your Company within 30 days of the incurred date. Claims received after 90 days are not admissible.

١. الرجاء تعبئة المطالبة بخط واضح، تؤخذ المعلومات من البطاقة الصادرة عن شركة التأمين ومن ثم يوقع على الطلب في المكان المحدد ادناه.
٢. يجب أن تكون جميع المرفقات باللغة العربية أو الإنجليزية، وإن كانت بلغة أخرى يجب ترجمتها قبل تقديمها.
٣. تقدم المطالبة عن طريق الشركة التي تعمل بها لتقديمها إلى شركة التأمين وذلك خلال ٣٠ يوماً من تاريخ العلاج. لن تقبل أية مطالبة بعد مضي ٩٠ يوماً على تاريخ العلاج.

Required Claim Processing Documents

المستندات اللازمة لصرف المطالبة

1. All receipts issued by the physician, pharmacy, laboratory, diagnostic centers or any other covered health facility must be itemized with respective charges, stamped, original, and showing the patient's name and date of service.
2. The physician's prescription, physician's laboratory and x-ray requests along with all lab results and x-ray reports of the examination undertaken must be attached.
3. If the claim is a result of hospital admission, the following documents must be submitted:
 - Original, stamped, itemized hospital bill showing the patient's name, date of admission, discharge and all medical services provided to the patient and its costs.
 - Original stamped receipts from the attending physician and the hospital against the amount paid along with the medical report on the patient's condition and treatment.

١. يجب أن تكون جميع الفواتير الصادرة عن الطبيب، الصيدلية، المختبر، الأشعة، أو أية جهة طبية مشمولة بالتغطية التأمينية أصلية وتظهر إسم المريض والتاريخ و مختومة بختم المنشأة وتبين بالتفصيل تكلفة كل دواء أو تحليل مخبري أو أشعة أو أية خدمة أخرى مع بيان أجور الطبيب المعالج.
٢. يجب إرفاق الوصفة الطبية أو طلب الأشعة أو المختبر الموصوف من قبل الطبيب مع تقارير الأشعة ونتائج المختبر التي أجريت للمريض.
٣. إذا كانت المطالبة نتيجة لدخول المستشفى، يجب إرفاق التالي:
 - فاتورة المستشفى مبينة بالتفصيل الخدمات الطبية وأسعارها التي قدمت للمريض أثناء فترة الدخول مختومة بالختم الرسمي للمستشفى مع بيان إسم المريض و تاريخ الدخول والخروج.
 - الإيصال الرسمي الصادر عن المستشفى والأطباء المعالجين بالقيمة المدفوعة مع تقرير مفصل عن حالة المريض وطريقة علاجه عند الدخول والخروج.

Declaration and Authorization of Patient / Parent

إقرار وتفويض من المريض أو من يعوله

I, hereby confirm that the information I gave along with all submitted claim's documents are correct and true. Additionally, I, the undersigned, authorize and request any hospital, physician, any other health provider or any insurance company to furnish ACE Life with the complete information including copies of their records in connection with medical care, treatment, examination, advice or other services provided to me or to my dependant.

أقر بموجب هذا أن كل المعلومات الواردة والمرفقات بهذا الطلب صحيحة وحقيقية. وكذلك أوافق أنا الموقع أدناه وأطلب من أية مستشفى أو جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين أن تزود شركة إيس لتأمينات الحياة بصورة من الملف أو المعلومات بشأن العلاج أو الفحوصات أو الخدمات العلاجية أو غير العلاجية التي قدمت لي أو لأحد الأفراد المعالين من قبلي.

Any copy of this consent shall be considered as the original.

أية صورة عن هذا التفويض تعتبر كالأصلية.

Patient's or Parent's Signature.....

توقيع المريض أو من يعوله.....

Medical Details

To be completed by the Treating Physician

البيانات الطبية

تملأ من قبل الطبيب المعالج

Patient's Name إسم المريض
Date of Birth تاريخ الميلاد
Patient's Complaints الأعراض الرئيسية

Diagnosis/Nature of sickness (block letters, please) التشخيص/ طبيعة المرض (بخط واضح من فضلك)

Please indicate the Symptoms date first noticed by the patient الرجاء تحديد تاريخ بداية الأعراض عند ملاحظة المريض لها

D	D	M	M	Y	Y

If this claim is related to pregnancy, please specify the LMP date إذا كانت المطالبة متعلقة بالحمل أو بالولادة الرجاء تحديد تاريخ اخر دورة شهرية

D	D	M	M	Y	Y

Details of treatment (other than prescription) تفاصيل المعالجة (دون الوصفه)

Details of Surgery تفاصيل الجراحة

Any further recommendation أية توصيات أخرى من قبلك

Hospital admission date تاريخ دخول المستشفى

D	D	M	M	Y	Y

Hospital discharged date تاريخ الخروج من المستشفى

D	D	M	M	Y	Y

Name of admitting hospital إسم المستشفى

Hospital address/Tel No عنوان وتليفون المستشفى

Treating Physician's Name إسم الطبيب المعالج

Address and Tel No. عنوان وتليفون الطبيب

I, the treating Physician certify that the above information is correct and true أنا الطبيب المعالج الموقع أدناه أقر بأن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وحقيقية.

Physician's Signature and Stamp إمضاء الطبيب والختم