

**نموذج مطالبة طبية نقدية**  
**Reimbursement Medical Claim Form**

Please complete a new separate claim for:

الرجاء ملئ نموذج جديد منفرد:

1) Each patient

2) Each visit or medical condition

(٢ لكل حاله مرضية او زياره للعلاج

(١ لكل مريض

**Patient's Details** بيانات المريض

Patient's Name/ Date of Birth..... اسم المريض/تاريخ الميلاد

Plan No..... رقم الوثيقة

Insured ID..... رقم المؤمن

Subscriber ID..... رقم الاشتراك الفردي

Patient's Contact No..... رقم الهاتف (للضرورة) ..

**Payment Details** تفاصيل دفع المطالبه

Who should we pay? Please tick:

Provider  Employee  Employer(company)

المستشفى المعالج  الموظف  صاحب العمل (المؤسسة التي تعمل بها)

Total claimed amount..... المبلغ الإجمالي للمطالبة

Employer (Company) claim reference..... رقم /سجل المطالبه لدى المؤسسة

**Claims Submission Details** كيفية تقديم المطالبه

1. Please fill the claim form properly using the block letters and sign on the space provided 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 Employer within 30 days of the incurred date. Claims received after 90 days are not admissible.

١. الرجاء تعبئه
٢. يجب ان تكون جميع المرفقات باللغه العربيه او الإنجليزيه وان كانت بلغه اخرى يجب ترجمتها قبل تقديمها.
٣. تقدم المطالبه عن طريق المؤسسة التي تعمل بها لتقديمها الى شركه التأمين وذلك خلال ٣٠ يوما من تاريخ المعالجه. لن تقبل ايه مطالبه بعد مضي ٩٠ يوما على تاريخ المعالجه.

**Claim Processing Requirements** المتطلبات اللازمة لصرف المطالبه

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 the 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 and discharge.
  - 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 ان تكون جميع الفواتير الصادرة عن الطبيب، الصيدليه، المختبر، الأشعة، أو أية جهة طبية مشموله بالتغطية أصلية وتظهر اسم المريض والتاريخ ومختومة بختم المنشأ وتبين بالتفصيل كلفة كل دواء أو تحليل مخبري أو اشعة أو أية خدمة أخرى مع تبيان أجور الطبيب المعالج.
٢. يجب ارفاق الوصفة الطبية او طلب الأشعة أو المختبر الموصوف من قبل الطبيب مع تقارير الأشعه ونتائج المختبر المعموله للمريض.
٣. اذا كانت المطالبه نتيجته لدخول المستشفى فيجب ارفاق الفاتوره مبينه بالتفصيل الخدمات الطبيه وأسعارها التي قدمت للمريض أثناء فترة الدخول مختومه بالخاتم الرسمي للمستشفى مع تبيان اسم المريض وناريخ الدخول والخروج، بالإضافة للإيصال الرسمي الصادر عن الميسشفى والأطباء المعالجهين بالقيمه المدفوعه مع تقرير مفصل عن حالة المريض وطريقة علاجه عند الدخول والخروج.

**Patient's or Patient's Parent Declaration/Consent** إقرار وتفويض من المريض أو من يعوله

I hereby confirm that the information I have given 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 وألوثائق المرفقة بهذا الطلب صحيحة وحقيقية. وكذلك أخول أنا الموقع أدناه واطلب من أية مستشفى أو جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين أن تزود شركة ايس لايف بصورة عن الملف او المعلومات بشأن العلاج او الفحص او الخدمات العلاجية او غير العلاجية التي قدمت لي او لأحد الأفراد المعالين من قبلي.

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

اية صوره عن هذا التفويض تعتبر كالأصليه.

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

توقيع المريض او من يعوله.....

Medical Details **البيانات الطبية**

To be completed by the treating Physician

تملأ من قبل الطبيب المعالج

Patient's Name.....إسم المريض  
Date of Birth .....تاريخ الميلاد

Complaints of the Patient:.....الأعراض الرئيسية:  
.....  
.....

Diagnosis/Nature of sickness (block letters, please) (بخط واضح من فضلك)  
.....  
.....

Please indicate the date when symptoms first noticed by the patient.  
D D M M Y Y  
..... الرجاء حدد تاريخ بداية الأعراض عند ملاحظة المريض لها

If this claim is related to pregnancy /delivery, please specify the LMP date  
D D M M Y Y  
..... إذا كانت المطالبة متعلقة بالحمل او بالولادة ، الرجاء حدد تاريخ آخر دورة شهرية.

Details of treatment (other than prescription).....تفاصيل المعالجة (دون الوصفة)  
.....  
.....

Details of Surgery .....تفاصيل الجراحة  
.....

Any further recommendation.....اية توصيات اخرى من قبلك  
.....

Hospital admission date: D D M M Y Y  
..... تاريخ دخول المستشفى:

Hospital discharged date: D D M M Y Y  
..... :

Name of admitting hospital:.....إسم المستشفى:

Hospital address/Tel No. ....عنوان وتلفون المستشفى

Treating Physician's Name.....اسم الطبيب المعالج  
Address and Tel No.....عنوان وتلفون الطبيب

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

Physician's Signature and Stamp: .....إمضاء الطبيب والخاتم