

**Reimbursement / Cash Claim Form**
**نموذج تعويض نقدي لمطالبة طبية**
**TO BE FILLED BY THE MEMBER**

تعباً من قبل المؤمن له

Insured Company Name:	إسم الشركة:
Policy No.:	رقم الوثيقة:
Insured Name:	إسم المؤمن له:
Insurance Card No.:	رقم بطاقة التأمين:
Mobile No.:	رقم الجوال:
Email ID:	بريد إلكتروني:

**REASON(S) FOR NOT USING APPOINTED NETWORK**

السبب لعدم استخدام الشبكة الطبية المعتمدة

Emergency  حالة طارئة     
 Non Appointed Network  غير معتمد في الشبكة الطبية     
 Outside KSA  خارج المملكة     
 Others (Please Specify)  أخرى (يرجى التوضيح)

Category	الفئة
<input type="checkbox"/> Out Patient ( OPD )      Treatment Date: / /	<input type="checkbox"/> عيادات خارجية      تاريخ المعالجة: / /
<input type="checkbox"/> In-patient      From: / / To: / /	<input type="checkbox"/> التنويم في المستشفى      من: / / إلى: / /

Currency if Outside KSA:      نوع العملة إذا خارج المملكة:

Total Claimed Amount:      مبلغ المطالبة:

**PAYMENT DETAILS**

تفاصيل المبلغ

Bank Transfer  حوالة بنكية     
 Cheque  شيك

Name and Adress of Bank:	إسم وعنوان البنك:
Bank Account No.:	رقم الحساب البنكي:
Payee Name:	إسم المحول له:
Relation:	العلاقة:
IBAN No.:	رقم الأيبان:

**REQUIRED DOCUMENTS**

المستندات المطلوبة

- Medical Insurance Card Copy & ID Copy.      • نسخة من بطاقة التأمين الطبي ونسخة من الهوية الشخصية.
- Laboratory Result, Scan, X-ray Reports (If the service provided).      • نتائج المختبر ، تقارير الأشعة (في حال حصول المريض على خدماتها).
- Original Itemized Invoices & Receipt of Payments.      • أصل الفواتير وإيصال الدفع.
- Detailed Medical Report.      • تقرير طبي مفصل.
- Doctor's drugs prescription.      • الوصفة الطبية للأدوية.
- Copy of IBAN (Applicable for bank transfer only).      • نسخة من رقم الأيبان (ينطبق على التحويل البنكي فقط).

**DECLARATION**

إقرار

I acknowledged that all the above information are correct and under my responsibility.

أقر أن جميع المعلومات أعلاه صحيحة وعلى مسؤوليتي.

Name: \_\_\_\_\_      الاسم: \_\_\_\_\_  
 Signature: \_\_\_\_\_      التوقيع: \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_      التاريخ: \_\_\_\_\_