

**Reimbursement Form نموذج طلب استرداد مصروفات**

**Part 1 : Patient Details**

The claim should be submitted within 30 days of the initial treatment date. Always enclose the original invoices & receipt

يجب تقديم المطالبة خلال ٣٠ يوماً من تاريخ بدء العلاج. لابد من إرفاق الفواتير والإيصالات والتقارير الأصلية

- 1) Policy No.: ..... : رقم الوثيقة : (١)  
 2) Patient's Card No.: ..... : رقم بطاقة التأمين الطبي للمريض : (٢)  
 3) Policy Holder's Name: ..... : إسم المتعاقد : (٣)  
 4) Patient's Name: ..... : إسم المريض : (٤)  
 5) Patient's Date Of Birth: ..... : تاريخ ميلاد المريض : (٥)  
 6) Gender: ..... : النوع : (٦)

**Part 2: Medical Details / التفاصيل الطبية**

(to be completed by Physician) (تملأ بمعرفة الطبيب المعالج)

Date of Treatment : / / Date of Symptoms Onset : / /  
 1) Clinical Findings : Vital Signs : B/P: T: HR: RR:

- 2) Cause :  Physical Illness  Accident  Maternity  Dental  Optical  
 3) Assessment / Diagnosis :  Acute  Chronic  Confirmed  Suspected

Indicate Diagnosis not Symptoms

4) Medical Plan : Itemized Original Invoices and Applicable Prescriptions / Reports / (results must be enclosed to consider claim)

<input type="checkbox"/> Consultation	Cost	Laboratory/Radiology	Cost
<input type="checkbox"/> Pharmacy	Cost	Inpatient	Cost
Total Charges			

5) For In-patient Treatment : Admission date : / / Discharge Date : / /

Hospital / Clinic Name : ..... Treating Physician Name : .....

Tel. : .....

Fax : .....

Signature & Stamp

لتحقيق سلاسة إجراءات استرداد المطالبة التأمينية، ولهذا الغرض فقط، فإن توقيعى على هذا النموذج يعتبر بمثابة تصريح لشركة (NEXTCARE) للحصول على كافة البيانات الطبية اللازمة لإدارة المطالبات الخاصة بي أو أي من أعضاء أسرتي.

In order to ensure smooth administration of the contract and/or settlement of the insurance claim, and only for that purpose, I hereby confirm that signature of this form grants my permission to NEXtCARE Co. to obtain all medical information necessary for the processing of medical claims concerning myself and/or the members of my family.

توقيع المريض أو حامل الوثيقة (إذا كان المريض قاصر)

Patient's Signature (Parent if minor)