

نموذج مطالبة طبية MEDICAL CLAIM FORM

(A) CLAIMS SUBMISSION PROCEDURE

To avoid any delays in the processing of your claim, please ensure that..

1. The claim is submitted through your employer. Please obtain the Group Policy No. from your Employer.
2. All questions on the form are answered. Don't leave any blanks. Use block letters.
3. All claim documents should be submitted either in English or Arabic. Documents in other languages must be translated by an official public translator prior to submission.
4. All necessary claims documents are to be submitted within 30 days of the incurral date. Claims received after 90 days will not be processed.
5. Pre - Determination Review "Form D" is submitted.
6. The following original claims documents are to be attached.

(a) Out Patient Treatment

- i) Official receipt showing the attending physician' detailed charges along with his stamp and signature
- ii) Itemized pharmacybill showing the date of purchase, name of patient, quantity and name of drugs along with the physician's prescription.
- iii) Official receipt showing charges for each of the Lab. test, X-ray films, and other examinations done andsupported by the respective physician's request to undergo examinations and copies of the results of examinations undertaken.

(b) In Patient Treatment

- i) Itemized hospital bill supported by the official hospital receipt for the total amount paid.
- ii) Official receipt showing Attending physician's or Surgeon's charges along with his stamp and signature.
- iii) Detailed hospital discharge report.

(B) EMPLOYEE'S SECTION

- | | |
|--|---|
| 1. Employee's Name & Date Of Birth : | ١- اسم الموظف وتاريخ الميلاد |
| (As shown on Enrollement Card) | (كما ورد على بطاقة الإنتساب) |
| 2. patient's Name & Date Of Birth : | ٢- اسم المريض وتاريخ الميلاد |
| (As shown on Enrollement Card) | (كما ورد على بطاقة الإنتساب) |
| 3. Group policy No. : | ٣- رقم الوثيقة : |
| 4. Individual Certificate No, : | ٤- رقم شهادة التأمين الفردية : |
| 5. Patient's Effective Date of Coverage : | ٥- تاريخ بدء تأمين المريض : |
| 6. Nature of Sickness / Accident : | ٦- طبيعة المرض / الحادث : |
| 7. Physician's / Surgeon's Tel. No. & Complete Mailing Address : | ٧- رقم هاتف الطبيب / الجراح والعنوان البريدي الكامل : |

I hereby certify that all answers and all documents submitted with the Claim Form are complete and true. I hereby authorize any doctor; hospital, clinic or medical provider, any insurance company or any other company, institution or any other person who has any record or information about me and/or any of my family members to provide (**MetLife, Life Insurance Company**)

with the complete information, including copies of their records with reference to any sickness or accident, any treatment, examination, advice or hospitalization. Any photocopy of this authorization shall be taken as the original copy.

Employee's Signature : Date : : التاريخ : توقيع الموظف :

1-Cheque payment made in the name of

☐ Employer المتعاقد ☐
☐ Employee الموظف ☐
☐ Assigned provider جهة أخرى (تذكر) ☐

١- يصدر الشيك بإسم :

- 2.Total Amount Claimed : : ٢- مجموع قيمة المطالبة :
3.Employer's Claim No. : : ٣- رقم المطالبة :
4. Employer's Representative Signature : : ٤- توقيع ممثل المتعاقد :
5. Employer's Stamp : : ٥- ختم المتعاقد :

		FOR THE USE OF METLIFE ONLY							
		DOS 1	DOS 2	DEP	CRVS	PROV	PAYEE	PRD	AC.CD
BEN.CD	VAR.	CLAIMED EXP.	APPROVED EXP.						
TOTAL				EXCHANGE RATE :					

(أ) طريقة تقديم المطالبات

يجب الإنتباه للنقاط التاليه كي تضمن عدم تأخير دفع مطالبتك :

- ١- يجب تقديم المطالبه بواسطة المتعاقد بمكنك الحصول علي رقم الوثيقة
رقم شهادة التأمين الخاصه بك من المتعاقد
- ٢- يجب الإجابة على جميع الأسئلة الواردة في الإستمارة لا تترك أي فراغ
كتب بخط واضح.
- ٣- يجب تقديم المرفقات باللغة العربية أو الإنجليزية فقط يجب ترجمه أية
مرفقات باللغات الأخرى لدى خبير معترف به قبل تقديمها.
- ٤- يجب تقديم جميع المرفقات المطلوبة به خلال مدة ثلاثين يوما من تاريخ
حدوث المطالبه لن تصير أية مطالبات بعد تسعين يوما.
- ٥- يجب تقديم نموذج د الموافقة المسبقة للعناية الطبية.
- ٦- يجب ارفاق الأصلية من:

(أ) العلاج كمریض خارجي :

- (١) إيصال رسمي با تعاب الطبيب يظهر ختم وتوقيع الطبيب
- (٢) فاتورة مفصلة من الصيدلية تظهر تاريخ الشراء ،إسم المريض ،كمية وأسماء الأدوية الموصوفة يجب إرفاق الوصفة الطبية من الطبيب.
- (٣) إيصال رسمي مفصل يظهر نوع وتكلفة كل من التحاليل الطبية وصور الأشعة أو أية فحوصات أخرى، يجب إرفاق طلب الطبيب بإجراء الفحوصات وبنائها.

(ب) العلاج كمریض داخلي :

- (١) فاتورة مفصله من المستشفى مرفقة بإيصال رسمي بائقيه المدفوعه.
(٢) إيصال رسمي بأتعاب الطبيب المعالج أو الجراح يظهر ختم وتوقيع الطبيب.
(٣) التقرير الطبي المفصل عند خروج المريض من المستشفى.

(ب) يملأ هذا القسم بواسطة الموظف

- ١- اسم الموظف وتاريخ الميلاد
(كما ورد على بطاقة الإنتساب)
- ٢- اسم المريض وتاريخ الميلاد
(كما ورد على بطاقة الإنتساب)
- ٣- رقم الوثيقة :
- ٤- رقم شهادة التأمين الفردية :
- ٥- تاريخ بدء تأمين المريض :
- ٦- طبيعة المرض / الحادث :
- ٧- رقم هاتف الطبيب / الجراح والعنوان البريدي الكامل :

(ج) يملأ هذا القسم بواسطة المتعاقد

- 1-Cheque payment made in the name of
- ١- يصدر الشيك بإسم :
- ☐ Employer المتعاقد
☐ Employee الموظف
☐ Assigned provider جهة أخرى (تذكر)
- 2.Total Amount Claimed :
- ٢- مجموع قيمة المطالبة :
- 3.Employer's Claim No. :
- ٣- رقم المطالبة :
4. Employer's Representative Signature :
- ٤- توقيع ممثل المتعاقد :
5. Employer's Stamp :
- ٥- ختم المتعاقد:

(د) يملأ هذا القسم بواسطة الطبيب المعالج أو الجراح

(D) ATTENDING PHYSICIAN'S SECTION

- ١- اسم وتاريخ ميلاد المريض : 1. Patient's Name & Date of Birth :
- ٢- التشخيص المرضي : 2. Diagnosis (Block Letters)
- ٣- تاريخ بداية ظهور الأعراض المرضيه : 3. Date symptoms first appeared :
- ٤- إذا كانت المطالبة نتيجة حمل او ولادة. 4. If the claim is resulting from pregnancy / childbirth,
ما هو تاريخ بدء الحمل please provide inception date :
- ٥-تواريخ المعالجه الحاليه: في العيادات الخارجيه: Out-Patient Visit Dates :
في المستشفى : In-Patient Visit Dates :
- ٦- تفاصيل المعالجه (ما عدا الوصفه) : 6. Details of Treatment (other than prescription)
- ٧- تواريخ أية معالجه سابقه 7. Dates of any previous treatment
مع إسم الطبيب المعالج : along with name of treating physician :
- ٨- هل يتوقع إجراء معالجه أو عملية أخرى في المستقبل : لا ☐ No نعم ☐ Yes 8. Is further treatment or operative procedure anticipated ?
في حالة الإجابة (نعم) . الرجاء إعطاء التفاصيل الكاملة مع التواريخ المتوقعة.
If "yes" please provide full details and expected dates.

أسئلة إضافية في حالة (دخول المستشفى)
Additional questions to be answered in case of (Hospitalization) only :

- ٩- التشخيص المرضي 9. Diagnosis (Block Letters)
- ١٠- اسم العملية الجراحية 10 Name of Surg. Operation.
- ١١- تاريخ إجراء العملية : 11 Date performed :
- (يجب إرفاق تقرير طبي مفصل عند الخروج من المستشفى)

توقيع وختم الطبيب المعالج أو الجراح : Physician's / Surgeon's Signature & Stamp :

التاريخ : Date :