

نموذج مطالبة طبية / نقدية

Medical Cash Claim Form

يرجى العلم بأنه لن يتم اتخاذ أى إجراء دون ملئ البيانات الخاصة برقم الهاتف و البريد الالكتروني
Please be aware that we will not be taking any action without filling your phone number and e-mail data

Employee Name تاريخ الميلاد Date of birth اسم الموظف
Patient Name تاريخ الميلاد Date of birth اسم المريض
Patient Effective Date Of Coverage تاريخ بدأ تأمين المريض
Employee Mobile / Contact NO. رقم هاتف الموظف
Employee E-mail Address البريد الالكتروني للموظف
Policy Number رقم الوثيقة CRT Number رقم الشهادة الفردية
Diagnosis التشخيص
Total Claimed Amount القيمة الاجمالية للمطالبة Currency العملة Country الدولة

<p>Claim submission requirements</p> <p>*All question in the form are answered .Don't leave any blanks .Use block letters . *All claims documents should be submitted either in English or Arabic , documents in other language must be translated by an official public translator prior to submission . *All necessary claims documents are to be submitted within 30 days of the incurred date, claims received after 90 days will not be processed.</p>	<p>طريقة تقديم المطالبات:</p> <p>* يجب الاجابة على جميع الأسئلة الواردة فى الإستمارة . لا تترك أى فراغ . اكتب بخط واضح . * يجب تقديم المرفقات باللغة العربية أو الإنجليزية فقط يجب ترجمة أية مرفقات باللغات الأخرى لدى خبير معترف به قبل تقديمها . يجب تقديم جميع المرفقات المطلوبة فى خلال مدة ثلاثين يوماً من تاريخ حدوث المطالبة لن تصرف أية مطالبات بعد تسعين يوماً .</p>
<p>The following original documents are to be attached</p> <p>Outpatient treatment:</p> <p>*Official receipt showing the attending physician detailed charges along with his stamp and signature *Itemized pharmacy bill showing the date of purchase ,name of patient, quantity and name of drugs along with the physician prescription . *Official receipt showing charges for each of the lab. Test X-rays film, and other examinations done and supported by the respective physician's request to undergo examination copies of the results of examination undertaken.</p>	<p>يجب إرفاق النسخ الأصلية من :</p> <p>فى حال كانت المطالبة نتيجة معالجة فى العيادات الخارجية :</p> <p>* إيصال رسمي بأتعاب الطبيب يظهر ختم وتوقيع الطبيب . فاتورة مفصلة من الصيدلية تظهر تاريخ الشراء ، اسم المريض ، كمية وأسماء الأدوية الموصوفة ، يجب إرفاق الوصفة الطبية من الطبيب . إيصال رسمي مفصل يظهر نوع وكلفة كل التحاليل المخبرية وصور الأشعة أو أية فحوصات أخرى ونتائجها . مرفقة يطلب الطبيب للقيام بالفحوصات وصور عن نتائج جميع الفحوصات المطلوبة .</p>
<p>Inpatient treatment</p> <p>*Itemized hospital bill supported by the official hospital receipt for the total amount paid. *Official receipt showing the attending physician's or the surgeon's charges along with his stamp and signature. *Detailed hospital discharge report.</p>	<p>فى حال كانت المطالبة نتيجة دخول المستشفى</p> <p>* فاتورة مفصلة من المستشفى مرفقة بإيصال رسمي بالقيمة المدفوعة . * إيصال رسمي بأتعاب الطبيب المعاین أو الجراح يظهر ختم وتوقيع الطبيب . * التقرير الطبى المفصل عند خروج المريض من المستشفى .</p>
<p>*I hereby certify that all answers and all documents submitted with the claim form are complete and true. I hereby authorize any doctor ,hospital, or medical provider, any insurance company or any other company ,in situation or any other person who has any record or information about me and /or any of my family members to provide metlife with the complete information including copies of their record with reference to my sickness or accident ,any treatment ,examination ,advise ,or hospitalization .Any photocopy of this authorization shall be taken as the original copy .</p>	<p>أقر بأن كل الأجوبة والوثائق المرفقة بإستمارة المطالبة هى كاملة وحقيقية وأفوض أى دكتور ، مستشفى ، جهاز طبي ، شركة تأمين ، مؤسسة أو شخص والذى عنده عنى او أفراد عائلتى بأعطاء متلايف المعلومات الكاملة متضمنا نسخ سجلاتهم بالإشارة إلى مرضى أو أى علاج ،فحص ، نصيحة او استشفاء . وإن هذا التصريح ستؤخذ كالنسخة الأصلية .</p>
<p>*I hereby authorize metlife to wire transfer claim reimbursement to the account indicated above .this agreement will remain in the effect until I give written notice to withdraw from wire transfer or metlife notifies me that this service has been terminated .if ever metlife credit more money than the correct benefit amount to the account due to duplicate or erroneous electronic funds transfers ,I authorize metlife to revise the transaction and withdraw the overpayment.</p>	<p>إنى أفوض متلايف بالقيام بدفع تعويضات مطالباتى النقدية من خلال خدمة التحويل المصرفى إلى رقم الحساب الوارد بطلب التأمين المقدم منى الى الشركة هذا التفويض سوف يبقى سارى المفعول ما لم اقم بإرسال طلب خطى بإلغاء الخدمة ليه إشعار من قبل متلايف يؤكد إيقاف الخدمة. فى أى حال من الأحوال إذا قامت متلايف بتحويل مبلغ اكبر من المبلغ المستحق إلى حسابى المصرفى بسبب خطأ ناتج عن عملية التحويل ، فإنى أفوض متلايف بعكس المعاملة وسحب المبلغ الزائد من حسابى .</p>

Employee's signature توقيع الموظف Date التاريخ

MetLife Section

Date Received	Batch	Claim

Attending physician's section

يملأ من قبل الطبيب المعالج

Patient Name اسم المريض

Diagnosis التشخيص

Date symptoms first appear منذ متى يعاني المريض من هذا المرض

If the claim is resulting from pregnancy
please provide inception date إذا كانت المطالبة نتيجة حمل او ولادة
ماهو تاريخ بدأ الحمل

Details of the treatment (other than prescription) تفاصيل المعالجة (بخلاف الوصفة)

Dates of any previous treatment along with the
name of treating physician : تواريخ اية معالجة سابقة مع اسم الطبيب المعالج

If further treatment or operative procedure
anticipatated please provide the details إذا كان متوقع علاج اضافي او اجراء طبي الرجاء اعطاء التفاصيل الكاملة

Physician's Name &Stamp : أسم الطبيب والختم :

physician's Tel.No. رقم هاتف الطبيب :

Date التاريخ