

Medical Cash Claim Form
نموذج مطالبة طبية / نقدية

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

Employee Name : : إسم الموظف Date of birth : تاريخ الميلاد
Patient Name : : إسم المريض Date of birth : تاريخ الميلاد
Patient Effective Date Of Coverage : : تاريخ بدأ تأمين المريض
Employee Mobile / Contact No. : : رقم هاتف الموظف
Employee E-mail Address : : البريد الإلكتروني للموظف
PoliCy Number : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] CRT Number : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] : رقم الشهادة الفردية : رقم الوثيقة
Diagnosis : : التشخيص
Total Claimed Amount : : القيمة الإجمالية للمطالبة : Currency : : العملة Country : : الدولة

| Claim submission requirements | طريقة تقديم المطالبات : |
|--|---|
| <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>* يجب الإجابة على جميع الأسئلة الواردة في الإستمارة . لا تترك أى فراغ . أكتب بخط واضح . * يجب تقديم المرفقات باللغة العربية أو الإنجليزي، فقط يجب ترجمة أية مرفقات باللغات الأخرى لدى خبير معترف به قبل تقديمها. * يجب تقديم جميع المرفقات المطلوبة في خلال مدة ثلاثين يوماً من تاريخ حدوث المطالبة ، لن تصرف أية مطالبات بعد تسعين يوماً</p> |
| The following original documents are to be attached Outpatient treatment | يجب إرفاق النسخ الأصلية من : في حال كانت المطالبة نتيجة معالجة في العيادات الخارجية : |
| <p>*Official receipt showing the attending physician detailed charges along with his stamp and signature *Itemized pharmacy bit 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 done and supported by the respective physician's request to undergo examination copies of the resifits of examination undertaken.</p> | <p>* إيصال رسمى بأتعاب الطبيب يظهر ختم و توقيع الطبيب . * فاتورة مفصلة من الصيدلية تظهر تاريخ الشراء ، إسم المريض ، كمية و أسماء الأدوية المصروفة ، يجب إرفاق الوصفة الطبية من الطبيب . * إيصال رسمى مفصل يظهر نوع و كلفة كل التحاليل المخبرية و صور الأشعة أو أية فحوصات أخرى و نتائجها. مرفقة بطلب الطبيب للقيام بالفحوصات و صور عن نتائج جميع الفحوصات المطلوبة.</p> |
| Inpatient treatment | في حال كانت المطالبة نتيجة دخول المستشفى : |
| <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>* فاتورة مفصلة من المستشفى مرفقة بإيصال رسمى بالقيمة المدفوعة. * إيصال رسمى بأتعاب الطبيب المعائن أو الجراح يظهر ختم و توقيع الطبيب. * التقرير الطبى المفصل عند خروج المريض من المستشفى.</p> |

أقر بأن كل الأجوبة و الوثائق المرفقة بإستمارة المطالبة هي كاملة و حقيقية و أفوض أى دكتور ، مستشفى ، جهاز طبي ، شركات تأمين ، مؤسسة أو شخص و الذى عنده عنى أو أفراد عائلتي بإعطاء متلايف المعلومات الكاملة متضمناً نسخ سجلاتهم بالإشارة إلى مرضى أو أى علاج ، فحص ، نصيحة أو أستشفاء . و أن هذا التصريح ستؤخذ كالنسخة الأصلية.
*I hereby certify that all answers and all documents submitted with the claim form are complete and true. I hereby authorize any doctor 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 for 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 .

إني أفوض متلايف بالقيام بدفع تعويضات مطالباتي النقدية من خلال خدمة التحويل المصرفي إلى رقم الحساب الوارد بطلب التأمين المقدم منى إلى الشركة، هذا التفويض سوف يبقى سارى المفعول ما لم أقم بإرسال طلب خطى بإلغاء الخدمة يلية إشعار من قبل متلايف يؤكد إيقاف الخدمة. في أى حال من الأحوال إذا قامت متلايف بتحويل مبلغ أكبر من المبلغ المستحق إلى حسابى المصرفى بسبب خطأ ناتج عن عملية التحويل ، فإنى أفوض متلايف بعكس المعاملة و سحب المبلغ الزائد من حسابى.
*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 mettle to revise the transaction and withdraw the overpayment.

Employee's signature : توقيع الموظف Date : التاريخ

MetLife Section

Date Received Batch Claim

| Date Received | Batch | Claim |
|---------------|-------|-------|
| | | |