



Medical Reimbursement Claim Form

نموذج مطالبة المصاريف الطبية

Insured Member Information		بيانات المؤمن عليه	
Name: الاسم:	Card No.		رقم البطاقة
Company Name: اسم الشركة:	CLAIM AMOUNT	SR.	مبلغ المطالبة

Required Medical Documents For Each Claim		المستندات الطبية المطلوبة	
In-patient	1. Copy of Insurance Card	١. صورة بطاقة التأمين	
	2. Copy of prior approval or notification letter	٢. صورة من الموافقة المسبقة أو خطاب التبليغ	
	3. Original itemized invoices (service & cost)	٣. الفواتير الاصلية (مفصلة بنوع الخدمة والتكلفة)	
	4. Investigation's results (x-ray, laboratory test, etc.) if any ?	٤. نتائج الفحوصات الطبية (الاشعه، المختبر، الخ ...)	
	5. Medical Report	٥. تقرير طبي	
	6. Original Doctor's prescription	٦. وصفة الطبيب العلاجية (الاصل)	
	7. Original itemized pharmacy invoices (specified)	٧. فاتورة مفصلة من الصيدلية (اسم وسعر الادوية المصروفة)	
Out-patient	1. Copy of Insurance Card	١. صورة بطاقة التأمين	
	2. Original itemized invoices (service & cost)	٢. الفواتير الاصلية (مفصلة بنوع الخدمة والتكلفة)	
	3. Investigation's results (x-ray, laboratory test, etc.) if any ?	٣. نتائج الفحوصات الطبية (الاشعه، المختبر، الخ ...)	
	4. Medical Report	٤. تقرير طبي	
	5. Original Doctor's prescription	٥. وصفة الطبيب العلاجية (الاصل)	
	6. Original itemized pharmacy invoices (specified)	٦. فاتورة مفصلة من الصيدلية (اسم وسعر الادوية المصروفة)	
	7. For Dental claim-services & tooth number should be specified	٧. تقارير الاسنان : يرجى توضيح الخدمات وارقام الاسنان	
Optical	1. Copy of Insurance Card	١. صورة بطاقة التأمين	
	2. Original itemized invoices (service & cost)	٢. الفواتير الاصلية (مفصلة بنوع الخدمة والتكلفة)	
	3. Eyes Refraction Test from Network Provider duly signed by an OPHTHALMOLOGISTS	٣. اختبار فحص النظر من المرافق الطبية وموقعه من قبل طبيب العيون	

Account Information	Account Holder Name :	اسم صاحب الحساب :
	IBAN :	
	S A	
	Of Bank :	على بنك :

For Insurance Co. Use		لاستخدام شركة التأمين						
Complete claim to be sent to TPA for processing.								
Incomplete claim : to be sent back to the client to provide us the required document no.		1	2	3	4	5	6	7
Remarks								
.....								
Claims Officer		Signature : _____ Date : / / Approved by : _____						

- ملاحظات هامة:

لتعويض مصاريف العلاج الطبي خارج المرافق الطبية المعتمدة يجب تقديم المستندات التالية :
١. ملئ نموذج مصاريف المطالبة من قبل المؤمن عليه.
٢. تقديم تقرير طبي موجز للعلاجات في العيادات الخارجية.
٣. تقرير طبي مفصل لحالات التنويم والعمليات الجراحية.
٤. فواتير أصلية ومفصلة.
٥. فواتير الصيدلية يجب أن ترفق مع وصفة الطبيب وأن توضح اسم الدواء وتكلفته.
٦. يجب أن ترسل المطالبات خلال ٣٠ يوم من تاريخ الخدمة المقدمة من داخل المملكة و ٩٠ يوم من تاريخ الخدمة من خارج المملكة.
٧. يجب الحصول على موافقة مسبقة للعلاج خارج المرافق الطبية المعتمدة لحالات التنويم والعمليات الجراحية الغير طارئة.

- Important Notes:

The following are the necessary requirements for medical claims reimbursement:
1. Duly filled Claim Form by the insured.
2. A brief medical report for out-patient claims.
3. Detailed medical report for in-patient claims.
4. Original and itemized invoices.
5. Invoices of purchased medicines must be supported by prescription of the physician.
6. All reimbursements should be submitted within 30 days from the date of treatment inside of KSA and 90 days outside of KSA .
7. Prior approval is required for inpatient elective treatment to be done outside the network provider.