

- Valid Civil ID
 Patient Insurance Card
 KOC ID
 Original Invoice No

- Reception
- Insurance Officer



/ / / التاريخ:

Medical Group
Health Insurance
Medical Claim Form

| | | | | | | | |
|----------------------|-------------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------|-------------|---------------------------|
| Employee Name | | | | | | | اسم العامل |
| Employment No. | | | | | | | الرقم الوظيفي |
| Patient Name | | | | | | | اسم متلقي العلاج |
| Relationship | نفسه | الابنة | الابن | الزوج | الزوجة | صلة القرابة | |
| | Self | Daughter | Son | Husband | Wife | | |
| Mobile No. | | | | | | | رقم الهاتف النقال |
| E-Mail | | | | | | | البريد الالكتروني |
| Employee ID | | | | | | | الرقم المدني للعامل |
| Patient ID | | | | | | | الرقم المدني للمريض |
| Type of Treatment | عيادة خارجية | نظارة | معدات | أمراض مزمنة | دخول مستشفى | حمل وولادة | نوع العلاج |
| | Outpatient | Optics | Equipment | Chronic | Inpatient | Maternity | |
| Service Provider | | | | | | | المركز الطبي المعالج |
| Date of Treatment | | | | | | | تاريخ العلاج |
| Invoice No. | | | | | | | رقم الفاتورة |
| Claim Amount | | | | | | | قيمة المطالبة |
| Reason for payment | تعدى السقف الأعلى | عدم حمل البطاقة | غير مغطاة تأميننا | ليست ضمن الشبكة | | | سبب الدفع |
| | Over limit | Card N/A | Not Covered | Non-Network | | | |
| Employee Signature | | | | | | | توقيع العامل |
| For HIT Use | | | | | | | خاص بفريق التأمين الصحي |
| Claim No. | KOC/ | | | 2023/2024 | | | رقم المطالبة |
| Total Claim Amount | | | | | | | القيمة الاجمالية للمطالبة |
| Covered By Insurance | | | | | | | المبلغ المغطى تأميننا |
| Amount not Insured | | | | | | | مبالغ غير مغطاة |
| Approved Amount | | | | | | | مبلغ التعويض |
| Remarks | | | | | | | ملاحظات |
| Reasons of Rejection | | | | | | | أسباب رفض المطالبة |
| HIT Medical Advisor | | | | | | | المستشار الطبي |
| Team Leader HIT | | | | | | | رئيس فريق التأمين الصحي |
| المرفقات | أشعة قبل وبعد (للأسنان) | وصفة طبية | تحاليل طبية | تقرير طبي | | | المرفقات |
| Attachments | X-rays Before & After | Prescription | Lab Tests | Med. Report | | | Attachments |