التاريخ:

* Valid CID
* Patient Insurance Card
* I-BAN No.
* Company ID
* Original Invoice No
* Reception …………………….
* Insurance Officer …………

 Medical Group

 Health Insurance

 Medical Claim Form

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **جهة العمل** |  | **Company Name** |
| **رقم التوظيف**  |  | **Employment No.** |
| **اسم العامل** |   | **Employee Name** |
| **اسم متلقي العلاج** |  | **Patient Name** |
| **صلة القرابة** | الزوجة | الزوج | الابن | الابنة | نفسه | **Relationship** |
| Wife | Husband | Son | Daughter | Self |
| **رقم الهاتف النقال** |  | **Mobile No.** |
| **البريد الالكتروني** |  | **E Mail** |
| **الرقم المدني للعامل** |    | **Employee CID**  |
| **الرقم المدني للمريض** |    | **Patient CID** |
| **رقم حساب البنك/IBAN** |  | **Bank Account No/IBAN** |
| **نوع العلاج** | أسنان | حمل وولادة | دخول مستشفى | أمراض مزمنة | معدات | نظارة | عيادة خارجية | **Type of Treatment** |
| Dental | Maternity | Inpatient | Chronic | Equipment | Optics | Outpatient |
| **تاريخ العلاج** |  | **Date of Treatment** |
| **رقم الفاتورة** |  | **Invoice No.** |
| **قيمة المطالبة** |  | **Claim Amount** |
| **سبب الدفع** | ليست ضمن الشبكة  |  غير مغطاة تأمينا | عدم حمل البطاقة  | تعدي السقف الأعلى | **Reason for payment** |
| Non-Network | Not Covered | Card N/A | Over limit |
| **خاص بفريق التأمين الصحي**  | **For HIT Use** |
| **رقم المطالبة** | **/ /2020-2021** | **Claim No.** |
| **القيمة الاجمالية للمطالبة** |  | **Total Claim Amount** |
| **المبلغ المغطى تأمينا** |  | **Covered By Insurance** |
| **مبالغ غير مغطاة** |  | **Amount not Insured** |
| **مبلغ التعويض** |  | **Approved Amount** |
| **أسباب رفض المطالبة** |  | **Remarks** |
| **المستشار الطبي** |  | **HIT Medical Advisor** |
| **رئيس فريق التأمين الصحي**  |  | **Team Leader HIT** |
| ا**لمرفقات** | تقرير طبي | تحاليل طبية | وصفة طبية | أشعة قبل وبعد (للأسنان) |  |
|   | Med. Report | Lab Tests | Prescription | X-rays Before & After | **Attachments** |