Tawuniya التعاونية

Medical Reimbursement Claim Form نموذج استرداد مصروفات طبية

Client's Name: _____ اسم العميل:

Medical Insurance Policy No: _____ رقم وثيقة التأمين الطبي:

Patient's Name: _____ إسم المريض:

Patient's Age: _____ عمر المريض:

Patient's Medical Insurance Card No: رقم بطاقة التأمين الطبي للمريض:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Mobile No: (Mandatory to update your claim status) _____ رقم الجوال: (إجباري لإشعاركم بوضع طلبكم)

Tel. No: _____ رقم الهاتف:

E-Mail Address: _____ البريد الإلكتروني:

المجموع Total	أخرى Others	Date of Exit	Date of Entry	البلد التي تعالجت فيها Country of Treatment	قيمة الأدوية Medication Cost	قيمة المختبر Lab. Cost	قيمة الكشف Consultation Fee	التشخيص Diagnosis
	Total المجموع						نوع العملة Currency	

Very Important: هام جداً:

The claim payment will be through bank transfer only. يتم إستعاضة مبلغ المطالبة عن طريق التحويل إلى الحساب البنكي فقط.

Beneficiary Bank Account No. (IBAN): رقم الحساب البنكي للمستفيد:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Beneficiaries full name: _____ إسم المستفيد بالكامل:

Bank Name: _____ إسم البنك:

Required Documents

1. Detailed medical report.
2. Laboratory results and x-ray reports (If the service provided).
3. Original invoices and receipt of payments.
4. Copy of the medical insurance card.
5. Copy of exit-re-entry Visa (If treatment outside KSA), with Tawuniya acceptance letter.

المستندات المطلوبة

1. تقرير طبي مفصل عن الحالة.
2. نتائج المختبر وتقارير الأشعة (في حالة حصول المريض على خدماتها).
3. أصول الفواتير وإيصال الدفع.
4. صورة من بطاقة التأمين الطبي.
5. صورة من تأشيرة الخروج والعودة وموافقة التعاونية (في حال العلاج خارج المملكة).

Note:

Reimbursement of Medical Expenses will only apply to Cases submitted within 30 days as specified in the policy.

ملاحظة هامة:

إسترداد المصاريف الطبية يكون للحالات التي يتم تسليمها في مدة أقصاها 30 يوماً كما هو محدد في وثيقة التأمين

Important:

For assistance or clarifications, please do not hesitate to call Tawuniya No. 9200 19990

تنبيه:

في حالة الحاجة إلى المساعدة أو وجود أي إستفسارات، نرجو الاتصال بالتعاونية على الرقم 9200 19990

7-2018.V1.MD-10