

نموذج مطالبة دفع واسترداد 2019 Reimbursement Claim Form

Please give the following information correctly and completely to enable the Company to process your claim properly

يرجى تعبئة البيانات المطلوبة بصورة صحيحة وكاملة حتى يتسنى لنا تدقيق المطالبة

CHECKLIST	قائمة المستندات
Completed claim form along with the relevant supporting bills and prescriptions must be submitted to WapMed TPA Services Co, no later than 60 days from treatment date. Failure to comply with the sixty days period shall invalidate the claim and no benefits shall be payable.	يجب تقديم استمارة المطالبة مرفقاً بها الفواتير والوصفات الطبية المساندة ذات الصلة إلى واب ميد في موعد لا يتجاوز 60 يوماً من تاريخ تلقي العلاج. يترتب على عدم الامتثال لفترة الستين يوماً إلى إبطال المطالبة وعليه لا يتوجب إعادة السداد.
Send your claim to WAPMED TPA Service Co with the following mandatory documents:	يجب ارسال المطالبة إلى شركة وربة للتأمين / واب ميد مع كافة المستندات التالية:
<input type="checkbox"/> Copy of Medical Card <input type="checkbox"/> Copy of the Main Member's Civil ID <input type="checkbox"/> The fully completed and signed medical claim form . Also signed and filled by the treating doctor. <input type="checkbox"/> Copy of the prescription <input type="checkbox"/> Copy of all lab & medical reports <input type="checkbox"/> The original itemized bill <input type="checkbox"/> The original payment receipt <input type="checkbox"/> Discharge summary for Inpatient cases.	<input type="checkbox"/> نسخة من بطاقة التأمين الصحي <input type="checkbox"/> نسخة من البطاقة المدنية للمؤمن الرئيسي <input type="checkbox"/> نموذج المطالبة الصحية المعبأ بالكامل والموقع. ويجب على الطبيب المعالج تعبئة و توقيع المطالبة. <input type="checkbox"/> نسخة من وصفة الأدوية <input type="checkbox"/> نسخة من التحاليل المخبرية والتقارير الطبية <input type="checkbox"/> الفاتورة الأصلية المفصلة <input type="checkbox"/> إيصال الدفع الأصلي <input type="checkbox"/> نسخة من تقرير الخروج لحالات الدخول إلى المستشفى
TO BE COMPLETED BY THE INSURED MEMBER	يتم تعبئته من قبل المؤمن عليه
Insured Member Name:	اسم العضو المؤمن عليه:
Patient's Name:	اسم المريض:
Membership No. (UHID No.):	رقم البطاقة الصحية (UHID No.):
Relationship with main Insured:	صلة القرابة بالموظف:
Date of Birth:	تاريخ الميلاد:
Gender (Male/Female):	الجنس (ذكر/أنثى):
Policy No.:	رقم الوثيقة:
Tel/Mob. Number:	رقم الهاتف/التقال
Email ID: <i>(to receive communications from WapMed)</i>	البريد الإلكتروني: <i>(لاستلام المراسلات من واب ميد)</i>
Amount Claimed:	قيمة المطالبة:
Currency: <i>(exchange rate fluctuations may occur)</i>	العملة: <i>(قد تتغير قيمة المطالبة نتيجة تقلبات اسعار الصرف)</i>
Please complete the below mandatory accurate details for the payment via bank transfer to the member's account:	يرجى إكمال المعلومات الإلزامية أدناه للدفع عن طريق التحويل المصرفي إلى حساب العضو:
Bank name:	اسم البنك:
Bank branch Address:	عنوان فرع البنك:
Payee Name as per bank records	اسم المدفوع لأمره وفقاً للسجلات المصرفية:
Bank Account number:	رقم الحساب البنكي:
IBAN:	حساب الأيبان:
BIC/Swift code:	بيك / رمز سويت:
Bank Account Currency:	عملة الحساب المصرفي:
MEMBER'S DECLARATION	أقرار مشترك
I declare that all the details given on this claim form are true and accurate and that I have not missed out any details important to this claim. I understand that if this claim is found to be fraudulent, in whole or part, I am committing a criminal offence and that will invalidate the claim and make me liable for prosecution. For this medical claim, I authorize any medical practioner, specialist, consultant, therapist or other relevant establishment who have attended me/the patient in the past or at present, to give any details that may be asked by Warba Insurance Co. / WAPMED. I confirm and agree that any personal information collected or held by Warba Insurance Co. / WAPMED, whether given on this form or collected in any other way, maybe used by Warba Insurance Co. / WAPMED to disclose or to transfer to any organization for the purpose of i) assessing this claim and giving on-going insurance cover, customer service and the processing of furture claims ii) processing and making payments. Member's Signature & Date:	أقر بأن جميع البيانات المصرح بها في نموذج المطالبة هذه صحيحة ودقيقة ولم أهمل ذكر أي معلومات مهمة في هذه المطالبة. وإنتي اعلم تمام العلم بأن هذه المطالبة تعتبر لاغية في حال انطوت على تزوير أو غش أو احتيال في كامل المطالبة أو في جزء منها وفي هذه الحالة أكون قد ارتكبت فعل مخالف للقانون مما يؤدي إلى إلغاء التغطية التأمينية ويعرضني للمسائلة القانونية، وإنتي أفوض بما يختص بهذه المطالبة أي طبيب أو اختصاصي أو استشاري أو معالج أو أي جهة طبية والتي قامت بتوقيع الكشف على شخصياً / على المريض في الماضي أو في الحاضر، بمنح أي تفاصيل يتم طلبها من شركة وربة للتأمين / واب ميد كما أنتي أوافق أن أي معلومات شخصية تم جمعها أو متوفرة لدى شركة وربة للتأمين / واب ميد سواء تم ذكرها على هذا النموذج أو تم جمعها بأي طريقة أخرى، يمكن استخدامها أو تحويلها أو إرفاقها لأي جهة بغرض. التوقيع والتاريخ:

لتقديم المطالبات يرجى مراجعة ما يلي: For claims submission and queries contact:

Wapmed TPA services, Warba Tower, 15th floor, Ahmad Al- Jaber Street, Sharq. P.O.Box 26739, Safat -13128, Kuwait
Tel No. (965) 2246 6247/8/9, Fax No. (965) 2246 6234, Email : claimstatus@wapmed.net , Visit: www.wapmed.net

TO BE COMPLETED BY TREATING DOCTOR FOR INPATIENT/OUTPATIENT/MATERNITY CLAIM	يتم تعبئته من قبل الطبيب المعالج لمطالبة حالات الدخول إلى المستشفى / العيادات الخارجية / الحمل والولادة																				
Name of the Hospital/Clinic:	اسم المستشفى / العيادة:																				
Date of Admission/Service:	تاريخ الدخول / تقديم الخدمة:																				
Date of Discharge:	تاريخ الخروج:																				
Diagnosis:	التشخيص:																				
Details of Diseases/Illness contracted or injury suffered:	تفاصيل الحالة المرضية أو الإصابة:																				
Acute - طارئة <input type="checkbox"/> Chronic - مزمنة <input type="checkbox"/> Congenital - وراثية <input type="checkbox"/> Others - أخرى <input type="checkbox"/>																					
Date of injury sustained or Disease/Illness first detected:	تاريخ الكشف عن الإصابة / المرض:																				
Details of Pregnancy/Maternity Claims:	تفاصيل مطالبات الحمل / الولادة:																				
Date of L.M.P:	التاريخ المتوقع للولادة:																				
Date of E.D.D:	تاريخ آخر دورة شهرية:																				
Maternity Status عدد مرات <input type="checkbox"/>	Gravida - الحمل <input type="checkbox"/>																				
Para - الإنجاب <input type="checkbox"/>	Abort - إجهاض <input type="checkbox"/>																				
Other Investigations Done:	Live - على قيد الحياة <input type="checkbox"/>																				
Other Investigations Done:	الفحوصات التي تم عملها:																				
Treatment Given:	العلاج الموصوف:																				
Name of the Doctor:	اسم الطبيب المعالج:																				
Sign and Stamp of Doctor:	ختم وتوقيع الدكتور المعالج:																				
Telephone No.:	رقم الهاتف:																				
TO BE COMPLETED BY TREATING DOCTOR FOR DENTAL CLAIM	يتم تعبئته من قبل الطبيب المعالج لمطالبة حالات الأسنان																				
Date of injury / Illness:	تاريخ الإصابة / المرض:																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:25%;">Type Of Treatment / Tooth No. نوع العلاج / رقم السن</th> <th style="width:25%;">Amount المبلغ</th> <th style="width:25%;">Type Of Treatment / Tooth No. نوع العلاج / رقم السن</th> <th style="width:25%;">Amount المبلغ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Extraction خلع</td> <td></td> <td>Filling حشو</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Neurectomy نزع العصب</td> <td></td> <td>Gum treatment علاج لثة</td> <td></td> </tr> <tr> <td>X-ray أشعة</td> <td></td> <td>R.C.T علاج أقمية الجذور</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Others أخرى</td> <td></td> <td>Total Claimed Amount إجمالي المطالبة</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Type Of Treatment / Tooth No. نوع العلاج / رقم السن	Amount المبلغ	Type Of Treatment / Tooth No. نوع العلاج / رقم السن	Amount المبلغ	Extraction خلع		Filling حشو		Neurectomy نزع العصب		Gum treatment علاج لثة		X-ray أشعة		R.C.T علاج أقمية الجذور		Others أخرى		Total Claimed Amount إجمالي المطالبة		
Type Of Treatment / Tooth No. نوع العلاج / رقم السن	Amount المبلغ	Type Of Treatment / Tooth No. نوع العلاج / رقم السن	Amount المبلغ																		
Extraction خلع		Filling حشو																			
Neurectomy نزع العصب		Gum treatment علاج لثة																			
X-ray أشعة		R.C.T علاج أقمية الجذور																			
Others أخرى		Total Claimed Amount إجمالي المطالبة																			
Diagnosis:	التشخيص:																				
Other Investigations Done:	فحوصات أخرى تم عملها:																				
Treatment Given:	العلاج الموصوف:																				
Name of the Doctor:	اسم الطبيب المعالج:																				
Sign and Stamp of Doctor:	ختم وتوقيع الدكتور المعالج:																				
Telephone No.:	رقم الهاتف:																				