

نموذج مطالبة دفع واسترداد 2019

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
<p>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.</p> <p>Failure to comply with the sixty days period shall invalidate the claim and no benefits shall be payable.</p>	<p>يجب تقديم استمارة المطالبة مرافقاً 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 وعلىه لا يتوجب إعادة السداد.</p>
<p>Send your claim to WAPMED TPA Service Co with the following mandatory documents:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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. 	<p>يجب ارسال المطالبة إلى شركة وربة للتأمين / واب ميد مع كافة المستندات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> نسخة من بطاقة التأمين الصحي <input type="checkbox"/> نسخة من البطاقة المدنية للمؤمن الرئيسي <input type="checkbox"/> نموذج المطالبة الصحية المعما بالكامل والموقع. ويجب على الطبيب المعالج تعبئته 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
<p>اسم العضو المؤمن عليه: Patient's Name:</p> <p>رقم البطاقة الصحية (UHID No.): Membership No. (UHID No.):</p> <p>صلة القرابة بالموظف: Relationship with main Insured:</p> <p>تاريخ الميلاد: Date of Birth:</p> <p>الجنس (ذكر/أنثى): Gender (Male/Female):</p> <p>رقم الوثيقة: Policy No.:</p> <p>رقم الهاتف/النقال: Tel/Mob. Number:</p> <p>البريد الإلكتروني: (استلام المراسلات من واب ميد) Email ID: (<i>to receive communications from WapMed</i>)</p> <p>قيمة المطالبة: Amount Claimed:</p> <p>العملة: (قد تتغير قيمة المطالبة نتيجة تقلبات أسعار الصرف) Currency: (<i>exchange rate fluctuations may occur</i>)</p> <p>يرجى إكمال المعلومات الازامية أدناه للدفع عن طريق التحويل المصرفي إلى حساب العضو: Please complete the below mandatory accurate details for the payment via bank transfer to the member's account:</p> <p>اسم البنك: Bank name:</p> <p>عنوان فرع البنك: Bank branch Address:</p> <p>اسم المدفوع لأمره وفقاً للسجلات المصرفية: Payee Name as per bank records</p> <p>رقم الحساب البنكي: Bank Account number:</p> <p>حساب الأيبان: IBAN:</p> <p>بيك / رمز سويفت: BIC/Swift code:</p> <p>عملة الحساب المصرفي: Bank Account Currency:</p>	
MEMBER'S DECLARATION	اقرار مشترك
<p>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 practitioner, 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 future claims ii) processing and making payments.</p> <p>Member's Signature & Date:</p>	<p>اقرر بأن جميع البيانات المصرح بها في نموذج المطالبة هذه صحيحة ودقيقة ولم أهمل ذكر أي معلومات مهمة في هذه المطالبة. وانني اعلم تماماً 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، وانني أفوض بما يختص بهذه المطالبة أي طبيب أو اختصاصي أو استشاري أو ملاجع أو أي جهة طبية والتي قامت بتقديم الكشف على شخصياً / على المريض في الماضي أو في الحاضر، بمتح 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 ارفاقها لأي جهة يعرض.</p> <p>التوقيع و التاريخ:</p>

TO BE COMPLETED BY TREATING DOCTOR FOR INPATIENT/OUTPATIENT/MATERNITY CLAIM		يتم تعينته 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:	Date of E.D.D:	التاريخ المتوقع للولادة:		
Maternity Status عدد مرات الحمل	Gravida - الحمل <input type="checkbox"/>	Para - الانجاب <input type="checkbox"/>	Abort - اجهاض <input type="checkbox"/>	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 تعينته من قبل الطبيب المعالج لمطالبة حالات الأسنان		
Date of injury / Illness:		تاريخ الإصابة / المرض:		
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 أقنية الجنور		
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: