

MALATHCARE MEDICAL CLAIM REIMBURSEMENT FORM

نموذج تعويض مطالبة طبية ملاذكير

Please review the requirements of cash claim before submitting the form

الرجاء الأطلاع على متطلبات تقديم المطالبة قبل تعبئة النموذج

TO BE COMPLETED BY MEMBER		تفاصيل المطالبة
POLICY HOLDER NAME		اسم الوثيقة
MEMBER NAME		اسم المؤمن له
INSURANCE CARD NO		رقم بطاقة التأمين
Mobile NO		رقم الجوال
EMAIL		البريد الإلكتروني
PAYMENT METHOD	<input type="checkbox"/> BY CHEQUE بواسطة شيك <input type="checkbox"/> BY BANK TRANSFER حوالة بنكية	آلية استلام المبلغ
BANK NAME		اسم البنك
BENEFICIARY NAME		اسم المستفيد
IBAN #		رقم الايبان
REASON OF NOT USING MALATH APPOINTED PROVIDER		سبب عدم استخدام الشبكة الطبية المعتمدة من ملاذكير
<input type="checkbox"/> EMERGENCY طوارئ	<input type="checkbox"/> SERVICE NOT AVAILABLE الخدمة غير متوفرة	<input type="checkbox"/> VACATION OUTSIDE KSA اجازة خارج المملكة
<input type="checkbox"/> OTHER أخرى		
CLAIM DETAIL		تفاصيل المطالبة
PROVIDER NAME		مقدم الخدمة
COUNTRY		الدولة
CITY		المدينة
VISIT DATE		تاريخ الزيارة
APPLICATION DATE		تاريخ تقديم المطالبة
CLAIM AMOUNT		قيمة المطالبة
CURRENCY		العملة
MEMBER SIGNATURE		توقيع العميل
TO BE COMPLETED BY MALATH CARE		تعبأ من قبل ملاذكير
CLAIM TYPE	<input type="checkbox"/> IN/P <input type="checkbox"/> O/P <input type="checkbox"/> RTA <input type="checkbox"/> REPAT.	
ICD10		
BEN. CATEG	O D M OTHERS	CREDIT #
REJ. /PEND.		MCMS CLAIM#
REASON		
O.N		AUDITOR SIGNATURE
CO/IN		
APP. AMNT		

DOCUMENTS REQUIRED FOR MEDICAL SERVICES CASH REIMBURSEMENT:

المستندات المطلوبة للاسترداد النقدي للخدمات الطبية :

General Requirements for Cash Reimbursement Services:

- Duly Completed Medical Claim Reimbursement form
- Copy of MalathCare card
- Copy of ID card
- Copy of Bank ID card in case bank transfer is requested
- Original itemized invoices; dated, signed & stamped by the service provider
- Results for diagnostic procedures
- Prescription of Medication Dated and signed by the treating physician
- Appointed provider network customary charges in KSA and policy coinsurance will be applied

المتطلبات العامة للإسترداد النقدي للخدمات:

- نموذج التعويض النقدي للمطالبة الطبية مكتمل البيانات
- صورة من بطاقة التأمين (ملاذكير)
- صورة من إثبات الشخصية
- صورة من بطاقة التعريف البنكية في حالة طلب التحويل لحساب بنكي
- الفاتورة الأصلية مفصلة وموقعة من مقدم الخدمة
- نتائج الفحوصات و التحاليل والإجراءات الطبية
- الوصفة الطبية مؤرخة و موقعة من الطبيب المعالج
- سيتم تطبيق الأسعار الخاصة بالشبكة الطبية المعتمدة للعميل ونسبة الإستقطاع المبينة في جدول الوثيقة

Cash Reimbursement for Inpatient Services:

- All of the above general requirements in addition to:
- Admission Report and reason for admission
- Discharge Summary

الإسترداد النقدي لحالات التنويم :

- جميع ما سبق ذكره في المتطلبات العامة بالإضافة إلى:
- تقرير الدخول للمستشفى وسبب التنويم
- تقرير الخروج من المستشفى

Cash Reimbursement for Delivery Services:

- All of the above requested for inpatient services in addition to:
- Birth Notification from the Hospital

الإسترداد النقدي لحالات الولادة :

- جميع ما سبق ذكره في حالات التنويم بالإضافة إلى:
- إشعار الولادة من المستشفى

Cash Reimbursement for Accidents:

- All of the above documents according to the Medical condition in addition to:
- Police Report in case of road traffic accidents (RTA)

الإسترداد النقدي لحالات الحوادث :

- جميع ما سبق تبعاً للحالة المرضية بالإضافة إلى:
- تقرير الشرطة في حالة الحوادث المرورية