

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 ملاذ |
| <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 ملاذ |
| 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