



Global Protect Health Plan Reimbursement Claim Form

Reimbursement Claim Form

Note : Please use a separate claim form for each medical condition/doctor's visit.

نموذج الإسترداد النقدي

ملحوظة : يرجى استخدام نموذج منفصل لكل حالة طبية أو زيارة للطبيب .

1. Personal information :

١. البيانات الشخصية :

Policy No. :	رقم الوثيقة :	Patient's Name :	اسم المريض :
Membership No. :	رقم العضوية :	Mobile No. :	رقم الهاتف :
Date of treatment :	تاريخ العلاج :	Date of Birth :	تاريخ الميلاد :
Total Claimed Amount :	إجمالي المطالبة :	Company Name (if applicable):	اسم شركة المؤمن عليه (إن وجد):

2. Doctor details

Doctor name	اسم الطبيب:
Specialty	التخصص:
How long has this patient been known to you?	منذ متى و انت تتابع هذا المريض:

3. Medical Section : (to be filled by the treating doctor, unless a medical report is provided)

٣. البيانات الطبية : (تملاً بمعرفة الطبيب إلا في حالة إرفاق التقرير الطبي)

Diagnosis / Signs & Symptoms :	المشخيص / الأعراض المرضية :
Description of symptoms	وصف الاعراض المرضية
Onset date of symptoms "When did the symptoms first started ?"	تاريخ بدء ظهور الاعراض "متى ظهرت أولى الاعراض"
How long have symptoms existed prior to consulting you?	منذ متى ظلت هذه الاعراض موجودة قبل استشارة الطبيب
Onset date of symptoms :	تاريخ بدء ظهور الأعراض :
Date of 1 st doctor's visit (with regards to the medical condition) :	تاريخ أول زيارة الى الطبيب (المرتبطة بالحالة الطبية) :
Investigations (necessary investigations requested to define the diagnosis) :	الفحوصات الطبية (المرتبطة بالحالة فقط والتي تساعد على تحديد التشخيص) :

4. Doctor visit

٤. زيارة الطبيب

Date of first treatment or consultation with any provider	تاريخ اول زيارة او علاج معك (المرتبطة بالحالة الطبية)
Date of first treatment or consultation with You	تاريخ اول زيارة او علاج مع أي مقدم خدمة طبية اخر (المرتبطة بالحالة الطبية)

5. Patient history

٥. تاريخ المريض

Is the claim related to or as a result of any previous surgery or treatment? If yes, please detail, including dates	هل هذه المطالبة متعلقة او نتيجة الى أي عملية جراحية سابقة او أي علاج سابق؟ إذا كانت الإجابة نعم، نرجو الايضاح وإضافة التواريخ
Has the patient received any previous consultation(s)/treatment/investigations or hospitalization for this condition or/for associated conditions or symptoms? If yes, please detail	هل تم اجراء كشف/علاج/فحوصات طبية/إقامة في مستشفى سابق للمريض بسبب هذا الحالة المرضية او أي حالة مرضية متعلقة بها إذا كانت الإجابة نعم، نرجو الايضاح
Is the patient taking any medication for this condition? If yes, name of drug and date of starting medication	هل يأخذ المريض أي دواء متعلق بهذه الحالة المرضية إذا كانت الإجابة نعم، نرجو ذكر اسم الدواء و تاريخ بدئه

6. Treatment : (to be filled by the treating doctor, unless a doctor's prescription is provided)

٦. العلاج : (تملاً بمعرفة الطبيب إلا في حالة إرفاق الوصفات الطبية)

Drugs	العلاج	Dose	الجرعة	Frequency	الكمية	Duration	المدة
Procedures (Please provide details of medical procedures if any)	الإجراءات (يرجاء كتابة اية إجراءات طبية مطلوبة إن وجدت)						

7. Treatment at USA for WWE policies :

٧. العلاج بالولايات المتحدة الأمريكية لوثائق WWE

Reason for treatment abroad :	سبب العلاج بالخارج :
Date of departure and return to own area of coverage : From ___ / ___ / ___ to ___ / ___ / ___	تاريخ المغادرة والعودة إلى البلاد :
Are you claiming for an in-patient treatment? Please tick Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	هل تم العلاج بالقسم الداخلي بالمستشفى؟
If Yes, Please enclose detailed hospital discharge report confirming the admission & discharge dates .	إذا كانت اجابتك بنعم يرجى تقديم تقرير طبي مفصل موضحاً تاريخ الدخول والخروج.

Note: Claims must be submitted & completed along with supporting documents within 6 months from date of service.

ملحوظة : يجب ارسال الفواتير مع المستندات المدعمة، واستكمال البيانات المطلوبة في خلال ١٨٠ يوم من تاريخ الخدمة.

Doctor's Signature/Stamp

Client's Signature

توقيع العميل

توقيع / ختم الطبيب

AXA Services Egypt S.A.E.
Nile City Towers - North Tower - 18th Floor 2005 C Cornish El Nile -
Ramlet Beaulac - Cairo - Egypt
P.O. Box : 146 El Gezira
Hot Line : 16292 Fax : +(202) 2461 9940
Tax ID / 378 - 724 - 487 Commercial register/ 53035

أكسا إيجيبت للخدمات ش.م.م
أبراج النيل سيتي - البرج الشمالي الدور ١٨ . ٢٠٠٥ كورنيش النيل -
رملة بولاق - القاهرة - مصر
ص.ب: ١٤٦ الجزيرة.
خط ساخن : ١٦٢٩٢ فاكس : ٢٤٦١ ٩٩٤٠ (٢٠٢) +
ب.ض./ ٤٨٧ - ٧٢٤ - ٣٧٨ س.ت./ ٥٣٠٣٥

يمكنك الحصول على نسخة من هذا النموذج من خلال موقعنا الإلكتروني www.axa-egypt.com



Global Protect Health Plan Dental Reimbursement Claim Form

نموذج الإسترداد النقدي للأسنان

1. Personal information :

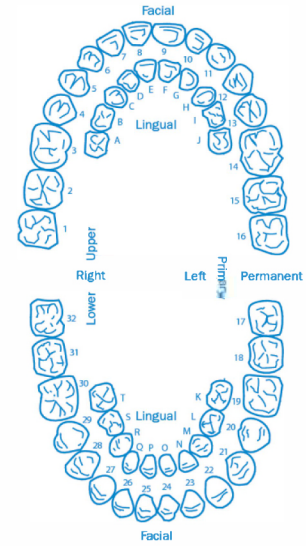
١. البيانات الشخصية :

Policy No. :	رقم الوثيقة :	Patient's Name :	اسم المريض :
Membership No. :	رقم العضوية :	Mobile No. :	رقم الهاتف :
Date of treatment :	تاريخ العلاج :	Date of Birth :	تاريخ الميلاد :
Total Claimed Amount:	إجمالي التكلفة :	Company Name (if applicable) :	اسم شركة المؤمن عليه(إن وجد):

2. Medical Section : (to be filled by the treating doctor, unless a medical report is provided)

٢. البيانات الطبية : (تملأ بمعرفة الطبيب إلا في حالة إرفاق التقرير الطبي)

Diagnosis: التشخيص :			
Service Code	Service Description	Tooth No./Letter	Service Cost
D9310	DENTAL CONSULTATION		
D1110	DENTAL PROPHYLAXIS		
D2140	AMALGAM-ONE SURFACE, PRIMARY OR PERMANENT		
D2391	RESIN-BASED COMPOSITE		
D6740	CROWN- PORCELAIN/CERAMIC		
D2952	POST AND CORE CAST + CROWN		
D3310	ROOT CANAL THERAPY		
D4341	PERIODONTAL SCALING AND ROOT PLANING		
D6240	BRIDGE PORCELAIN		
D7140	EXTRACTION TOOTH OR EXPOSED ROOT		
D7240	IMPACT TOOTH REMOV COMP BONY		
Services (if not mentioned):			
Has the patient performed any dental checkup within the last year with you or any other provider? If yes, please detail, including dates			
هل قام المريض بعمل أي فحوصات / كشوفات على الاسنان خلال العام الماضي معك او مع أي مقدم خدمة اخر إذا كانت الإجابة نعم، نرجو الإيضاح وإضافة التواريخ			



Medications: الأدوية :	Lab & Radiology: التحاليل والأشعة :
-------------------------------	--

Procedures (please provide details of medical procedures if any):	الإجراءات (برجاء كتابة اية إجراءات طبية مطلوبة إن وجدت):
---	--

Note: Claims must be submitted & completed along with supporting documents within 6 months from date of service. ملحوظة: يجب ارسال الفواتير مع المستندات المدعمة، واستكمال البيانات المطلوبة في خلال ١٨٠ يوم من تاريخ الخدمة.

Doctor's Signature/Stamp

Client's Signature

توقيع العميل

توقيع / ختم الطبيب

AXA Services Egypt S.A.E.
Nile City Towers - North Tower - 18th Floor 2005 C Cornish El Nile -
Ramlet Beaulac - Cairo - Egypt
P.O. Box : 146 El Gezira
Hot Line : **16292** Fax : +(202) 2461 9940
Tax ID / 378 - 724 - 487 Commercial register/ 53035

أكسا إيجيبت للخدمات ش.م.م
أبراج النيل سيتي - البرج الشمالي الدور ١٨ ، ٢٠٠٥ كورنيش النيل -
رملة بولاق - القاهرة - مصر
ص.ب: ١٤٦ الجزيرة.
خط ساخن : ١٦٢٩٢ فاكس : +٢٠٢ ٢٤٦١ ٩٩٤٠
ب.ض./ ٤٨٧ - ٧٢٤ - ٣٧٨ سن.ت./ ٥٣٠٣٥