

**Reimbursement Form**  
**نموذج طلب استرداد مصروفات**

**Part 1 : Patient Details**

The claim should be submitted within 30 days of the initial treatment date. Always enclose the original invoices & receipt  
يجب تقديم المطالبة خلال 30 يوماً من تاريخ بدء العلاج. لابد من إرفاق الفواتير والإيصالات والتقارير الأصلية

- 1) Policy No.: ..... رقم الوثيقة :  
2) Patient's Card No.: ..... رقم بطاقة التأمين الطبي للمريض :  
3) Policy Holder's Name: ..... اسم حامل الوثيقة :  
4) Patient's Name: ..... اسم المريض :  
5) Patient's Date Of Birth: ..... تاريخ ميلاد المريض :  
6) Gender: ..... النوع :

**Part 2: Medical Details / التفاصيل الطبية**  
(to be completed by Physician) - (تملاً بمعرفة الطبيب المعالج)

- Date of Treatment : / / Date of Symptoms Onset : / /  
1) Clinical Findings : Vital Signs : B/P:..... T:..... HR:..... RR: .....
- 2) Cause :  Physical Illness  Accident  Maternity  Dental  Optical  
3) Assessment / Diagnosis  Acute  Chronic  Confirmed  Suspected  
Indicate Diagnosis not symptom
- 4) Medical Plan : Itemized Original Invoices and Applicable Prescriptions / Reports / Results must be enclosed to consider claim
- |                                       |      |   |      |
|---------------------------------------|------|---|------|
| <input type="checkbox"/> Consultation | Cost | <input type="checkbox"/> Laboratory/<br>Radiology | Cost |
| <input type="checkbox"/> Pharmacy     | Cost | <input type="checkbox"/> Inpatient                | Cost |
| Total Charges                         |      |   |      |
- 5) For In-patient Treatment : Admission date : / / Discharge Date : / /

Hospital / Clinic Name : ..... Treating Physician Name : .....  
Tel. : ..... Fax : .....  
Signature & Stamp : .....

لتحقيق سلاسة إجراءات استرداد المطالبة التأمينية ، ولهذا الغرض فقط ، فإن توقيعي على هذا النموذج يعتبر بمثابة تصريح لشركة (Next Care) للحصول على كافة البيانات الطبية اللازمة لإدارة المطالبات الخاصة بي أو أي من أعضاء أسرتي.

يرجى تزويد شركة أليانز ببيانات الحساب البنكي للعميل لسهولة تحويل قيمة المطالبة مباشرة في حساب العميل.

توقيع المريض أو حامل الوثيقة (إذا كان المريض قاصر)

**بيانات الحساب البنكي للعميل**

رقم الحساب:

اسم البنك:

اسم العميل كما هو مدون لدي البنك:

كود البنك:

Patient's Signature (Parent if minor)