

GROUP MEDICAL INSURANCE REIMBURSEMENT CLAIM FORM

استمارة مطالبة بتأمين طبي جماعي

Claimant Details

1. Member ID (As in patients medical card)	رقم بطاقة العضو (كما موضحة بالبطاقة الطبية)	2. Staff ID	بطاقة الموظف
3. Name of Employer	اسم صاحب العمل	4. Policy No	رقم وثيقة التأمين
5. Name of Employee	اسم الموظف	6. Broker/Agent/Client claim ref. no.	سمسار / وكيل / رقم مطالبة العميل
7. Name of Patient (As in Patients Medical Card)	اسم المريض	8. Relationship with the Employee	العلاقة مع الموظف
9. E-mail ID	البريد الإلكتروني	10. GSM No.	رقم الهاتف النقال

Claim Details

11. Date of Treatment From	تاريخ تلقي العلاج من	To	إلى	12. Country Of Treatment	الدولة التي تلقى فيها العلاج
13. Name Of The Hospital/Clinic (Where Treatment Was Aailed) اسم المستشفى/العيادة (التي تم فيها العلاج)					
14. Brief Description Of Nature Of Ailment/Diagnosis (Mandatory) وصف مختصر لطبيعة الحالة المرضية / التشخيص الطبي (إلزامي)					

Claim Cost Details

رقم Sl. No.	التفاصيل Description	المبلغ بالعملات الأجنبية Amount In Foreign Currency Currency:.....	المبلغ بالريال العماني Amount in OMR
i	Consultation Fees رسوم الاستشارة الطبية		
ii	Laboratory/Clinical Examination Charges رسوم المختبر / الفحص السريري		
iii	Medicine Cost تكلفة الأدوية		
iv	Treatment Charges رسوم العلاج		
v	Cost of Surgery i) Hospital Room Rent (أ) إيجار الغرفة بالمستشفى. (عدد الأيام (يوم) x تكلفة اليوم) ii) Surgeons Fees (ب) رسوم الجراحين. iii) Others (ج) أخرى.	تكلفة العملية الجراحية	
vi	Others (Give Details)	أخرى (الرجاء توضيح التفاصيل)	
vii	Total Amount إجمالي التكلفة		
viii	Less: Excess/deductible/co-pay Applicable ناقص: مبلغ مدفوع بالزيادة/أخصم/دفع مشترك		
ix	Balance Due المتبقي المستحق		

Bank Details

بهذا نفوض الشركة الوطنية للتأمين على الحياة والعام ش.م.ع.م للقيام بتحويل مبلغ المطالبة المستحق إن وجد بموجب هذه المطالبة إلى حسابي البنكي المذكور أدناه
We hereby authorise National Life and General Insurance Company SAOC to transfer the claim amount payable if any under this claim to my bank account mentioned below.

15. Payment details for Bank Transfer:

بيانات الدفع بتحويل بنكي:

Bank Account number	رقم الحساب البنكي	Bank Branch	فرع البنك
Bank Name	اسم البنك		
Beneficiary Name	اسم المستفيد		

يرجى إعادة فحص تفاصيل الحساب المصرفي قبل تقديمه. يجب على الموظف / المطالبة تكون مسؤولة عن التحويلات المصرفية خاطئ تتأثر بسبب التفاصيل البنك غير صحيح المقدمة من قبل له / لها.
Please recheck the Bank Account details before submission. The employee/Claimant shall be responsible for wrong bank transfers affected due to incorrect Bank details provided by him/her.

إقرار:

بهذا أؤكد أنا المريض/زوج/زوجة المريض أو ولي أمره (إذا كان عمر المريض يقل عن 16 سنة) بأنني أرغب في تقديم هذه المطالبة وأؤكد بأن كافة البيانات التي تم توضيحها أعلاه صحيحة وكاملة. أقر بأنه في حالة قيامي بتقديم بيانات كاذبة أو إغشائي لأي حقائق فسوف يسقط حفي في المطالبة التي نصت عليها وثيقة التأمين. بهذا أفوض الشركة الوطنية للتأمين على الحياة والعام ش.م.ع.م أو وكيله (إن وجد) الحصول على بياناتي الطبية ومستنداتي من أي مستشفى/عيادة/طبيب ممارس/مختبر/مراكز تشخيص/صيدلية قامت بتقديم خدماتها الطبية للمريض. إضافة لذلك أقر بأن استلام هذه الاستمارة والمستندات المؤيدة لها ... لا تعتبر بمثابة موافقة من الشركة الوطنية للتأمين على الحياة والعام ش.م.ع.م على ذلك ويجب لها قبول أو رفض أو طلب أي معلومات إضافية تتعلق بالمطالبة. كما أؤكد بأنني على علم ودراية بشروط وأحكام وثيقة التأمين

I confirm I am the patient/patient's spouse or guardian (if patient under 16 years of age) and wish to claim benefits and declare that all the particulars given above are to be correct and complete. I agree that if I had made or will make false statement or suppression or concealment, of material information relating to the claim my right to claim under the policy shall stand forfeited. I hereby consent and authorise National Life or its TPA (if any) to seek medical information and obtain documentary evidence from any hospital/clinic/medical practioner/lab/diagnostic centers/pharmacy, who have attended or extended medical services to the patient. I also agree that the receipt of this claim form/supporting documents etc does not constitute an agreement by National Life of the claim and National life reserves the right to process or reject or require additional information in respect of the claim. Iam also aware of the policy terms, conditions and exclusion.

In Patient Claim/Day Care - Documents Required	مطالبة المرضى التامين/الرعاية النهارية- الوثائق المطلوبة	Out Patient Claim - Documents Required	المطالبة العيادات الخارجية - الوثائق المطلوبة
All Original Invoice / Receipts	جميع فواتير الاصلية المستلمة	All Original Invoice / Receipts	جميع فواتير الاصلية المستلمة
Pre - Authorization	ما قبل - تصريح	Pre - Authorization (for Required Services)	موافقة مبدائية للخدمات المطلوبة
Discharge Summary	تقرير خروج من المستشفى	Prescription Copy	نسخ وصفة طبية
Prescription Copy	نسخ وصفة طبية	Photocopy of Medical Card	صورة من بطاقة طبية
Photocopy of Medical Card	صورة من بطاقة طبية	Investigation Reports (if any)	تقارير فحوصات الطبية
Investigation Reports/Medical Reports	تقارير فحوصات الطبية / التقارير الطبية		

Total number of documents attached including this claim form إجمالي عدد الوثائق المرفقة بما في ذلك استمارة هذه المطالبة

Signature/Stamp Of The Employer :	التوقيع / ختم صاحب العمل :	Signature Of The Employee/Claimant :	توقيع الموظف / الطالب :
Date : <input type="text"/>		Date : <input type="text"/>	

Please fill in all the requested information
For office use الكسبي الالاد استخدام
Claim No. رقم المطالبة
Batch Ref. إشارة الدفع.

Exchange Rate الصراف