

Reimbursement Claim Application  
طلب الأستعاضة النقدية



<b>Patient Info</b>	
Full Name	الاسم الثلاثي
Date of Birth	تاريخ الميلاد
National ID / Iqama #	رقم الهوية / الإقامة
Medical Insurance Card #	رقم بطاقة التأمين الطبي
Insurance Co. Reference #	الرقم المرجعي لشركة التأمين
Email:	البريد الإلكتروني
Tel #	الهاتف
Address:	العنوان City المدينة

<b>Employee Info</b>	
Full Name	الاسم الثلاثي
Staff Number	العلاقة بالمريض
Relation to Patient	رقم الوظيفي
Company Name	اسم الشركة

<b>Medical Condition</b>	
Incident Date	سبب الإصابة
Reason of Illness	تاريخ الإصابة
Diagnosis	الحالة المرضية
Prescribing Doctor	الطبيب المشخص

<b>Treatment Info</b>	
Treatment Date	تاريخ العلاج
Amount Claimed	العملة
Currency	قيمة المطالبة
Treatment details	تفاصيل العلاج

<b>Payment Info</b>	
Beneficiary Name	اسم المستفيد
Payment Mode	طريقة الدفع
Bank	اسم البنك
Account Number	رقم الحساب

Patient Signature	Date
Employee Signature	Date
Human Resources Head Signature	Date

<b>Internal Use (Do Not fill this area)</b>	
Insurance Company Reception	Date
GlobeMed Saudi Reception	Date
Payable Amount	Treaty
Gratis	Currency

All Claims should include the following documents

- 1 Original Doctor's Prescription / Medical Report
- 2 Original Invoices
- 3 Original Test Results (if being claimed)
- 4 Discharge Summary (for In-Patient Claims)
- 5 Copy of National ID / IQAMA
- 6 Copy of Medical Insurance Card

- 1 التقرير أو الوصفة الطبية الأصلية للطبيب المشخص
- 2 الفواتير الأصلية
- 3 النتائج الأصلية للفحوصات و الإختبارات
- 4 تقرير الخروج من المرفق الطبي (في حالة التنويم)
- 5 صورة من الهوية أو الإقامة
- 6 صورة من بطاقة التأمين

All claims should be dispatched to the insurance Company within a maximum period of 30 days when incurred IN KSA, and within 60 days when incurred OUTSIDE KSA

يتم إرسال مطالبات التعويض خلال 30 يوم بحد أقصى من داخل المملكة العربية السعودية و 60 يوم من خارج المملكة العربية السعودية.