

Reimbursement Claim Application
طلب الاستعاضة النقدية



Patient Info	
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:	الهاتف
Address:	المدينة

Employee Info	
Full Name	الاسم الثلاثي
Staff Number	العلاقة بالمريض
Company Name	اسم الشركة

Medical Condition	
Incident Date	سبب الإصابة
Diagnosis	الحالة المرضية
Prescribing Doctor	الطبيب المشخص

Treatment Info	
Treatment Date	تاريخ العلاج
Amount Claimed	العملة
Treatment details	تفاصيل العلاج

Payment Info	
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

Internal Use (Do Not fill this area)	
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 على جميع المطالبات أن تتضمن البيانات التالية
- 2 التقرير أو الوصفة الطبية الأصلية للطبيب المشخص
- 3 الفواتير الأصلية
- 4 النتائج الإصلية للفحوصات و الاختبارات
- 5 تقرير الخروج من المرف الطبي (في حالة التنويم)
- 6 صورة عن الهوية أو الإقامة
- 6 صورة عن 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**