

EMPLOYEE'S SECTION يملأ من قبل الموظف

Employee's Name & Date of Birth : : أسم الموظف و تاريخ الميلاد
Patient Name & Date of Birth : : أسم المريض و تاريخ الميلاد
Policy Number : : رقم البوليصة
Certificate No. : : رقم الشهادة الفردية
Dependent No. : : رقم المعال

CLAIM SUBMISSION PROCEDURE طريقة تقديم المطالبات

To avoid any delays in the processing of your claim, please ensure that:

1. The claim is submitted through your employer. Please obtain the Group Policy No. From your Employer.
2. All questions on the form are answered. Do not leave any blanks. Use block letters.
3. All claim documents should be submitted either in English or Arabic. Documents in other languages must be translated by an official public translator prior to submission.
4. All necessary claims documents are to be submitted within 30 days of the incurred date. Claims received after 90 days will not be processed.

The following original documents are to be attached:

Out Patient Treatment

1. Official receipt showing the attending physician's detailed charges along with his stamp and signature
2. Itemized pharmacy bill showing the date of purchase, name of patient, quantity and name of drugs along with the physician's prescription
3. Official receipt showing charges for each of the Lab. Test. X-ray films, and other examinations done and supported by the respective physician's request to undergo examinations and copies of the results of examinations and copies of the results of examinations undertaken

In-Patient Treatment

1. Itemized hospital bill supported by the official hospital receipt for the total amount paid.
2. Official receipt showing Attending Physician's or Surgeon's charges along with his stamp and signature.
3. Detailed hospital discharge report.

يجب الانتباه للنقاط التالية كي تضمن عدم تأخير دفع مطالباتك:

١. يجب تقديم المطالبة بواسطة صاحب العمل. يمكنك الحصول على رقم البوليصة و رقم شهادة التأمين الخاصة بك من صاحب العمل.
٢. يجب الانتباه على جميع الأسئلة الواردة في الاستمارة. لا تترك أي فراغ. اكتب بخط واضح
٣. يجب تقديم المرفقات باللغة العربية أو الإنجليزية فقط يجب ترجمة أية مرفقات باللغات الأخرى لدى خبير معترف به قبل تقديمها
٤. يجب تقديم جميع المرفقات المطلوبة في خلال مدة ثلاثين يوماً من تاريخ حدوث المطالبة. لن تصرف أية مطالبات بعد تسعين يوماً.

يجب إرفاق النسخ الأصلية من:

في حال كانت المطالبة نتيجة معالجة في العيادات الخارجية

١. إيصال رسمي بأتعاب الطبيب يظهر ختم و توقيع الطبيب
٢. فاتورة مفصلة من الصيدلية تظهر تاريخ الشراء، اسم المريض، كمية و أسماء الأدوية الموصوفة، يجب إرفاق الوصفة الطبية من الطبيب.
٣. إيصال رسمي مفصل يظهر نوع و كلفة كل التحاليل الخبرية و صور الأشعة أو أية فحوصات أخرى و نتائجها.

في حال كانت المطالبة نتيجة دخول المستشفى

١. فاتورة مفصلة من المستشفى مرفقة بإيصال رسمي بالقيمة المدفوعة.
٢. إيصال رسمي بأتعاب الطبيب المعالج أو الجراح يظهر ختم و توقيع الطبيب.
٣. التقرير الطبي المفصل عند خروج المريض من المستشفى.

AUTHORIZATION STATEMENT تصريح التحويل

I hereby certify that all answer and all documents submitted with the claim form are complete and true. I hereby authorize any doctor, hospital, or medical provider, any insurance company or any other company, institution or any other person who has any record or information about me and/or any of my family members to provide ALICO (American Life Insurance Company) with the complete information's, including copies of their records with reference to my sickness or accident, any treatment, examination, advice, or hospitalization. Any photocopy of this authorization shall be taken as the original copy.

أقر بأن كل الأجابة و الوثائق المرفقة باستمارة المطالبة هي كاملة و حقيقية . و أفوض أي دكتور. مستشفى. جهاز طبي. شركة تأمين. مؤسسة أو شخص و الذي عنده عني أو عن أفراد عائلتي بإعطاء أليكو - الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة - المعلومات الكاملة متضمناً نسخ سجلاتهم بالإشارة إلى مرضي أو أي علاج. فحص. نصيحة أو استشفاء. و إن أي نسخة لهذا التصريح ستؤخذ كالنسخة الأصلية.

Employee's Signature : : إمضاء الموظف

EMPLOYER'S SECTION يملأ من قبل صاحب العمل

Is this claim arising out of patient's occupation? Yes - نعم No - لا هل هذه المطالبة من جراء عمل المريض ؟

Cheque payment made in the name of: : يصدر الشيك باسم

Assigned Provider - الطبيب المعالج Employee - الموظف Employer Group - صاحب العمل

Total Amount Claimed : : المبلغ الإجمالي للمطالبة Employer's Claim No. : : رقم المطالبة

Employer's Signature and Stamp : : إمضاء صاحب العمل و ختمه

ATTENDING PHYSICIAN SECTION

يملأ من قبل الطبيب المعالج

Patient Name & Date of Birth : : أسم المريض و تاريخ الميلاد :

Chief Complain : : الأعراض الرئيسية :

Diagnosis : : التشخيص :

How long has patient been suffering from this sickness ?
Please specify the date symptoms first appeared. : منذ متى يعاني المريض من هذا المرض؟
الرجاء تحديد التاريخ الذي ظهرت فيه الأعراض لأول مرة.

If treated by other medical provider please specify the name and treatment details : إذا عولج من قبل طبيب آخر، الرجاء تحديد الاسم و تفاصيل المعالجة.

If the claim is resulting from pregnancy / childbirth please provider the LMP : إذا نشأت المطالبة عن حمل / ولادة يرجى تحديد موعد آخر دورة شهرية

Details of the treatment (other than Prescription) : تفاصيل المعالجة (بخلاف الوصفة)

If further treatment or operative procedure anticipated, please provider the details : إذا كان متوقع علاج إضافي أو إجراء طبي الرجاء تزودنا بالتفاصيل

Physician's name, address and Tel. No. : أسم الطبيب و عنوانه و رقم التليفون

Physician's Signature and Stamp : إمضاء الطبيب و ختمه