

## نموذج المطالبة الطبية | MEDICAL CLAIM FORM

يُستكمel من قبل العضو المؤمن

## To be completed by the insured member

Member Name اسم العضو		Member No. رقم العضو	
Email Address البريد الإلكتروني		Mobile No. رقم الهاتف المحمول	
To be completed by the provider		يُستكمel من قبل مزود الخدمة	
Diagnosis التشخيص		Country of Treatment دولة العلاج	
Symptoms/ Complaints الأعراض / الشكاوى		Date of Treatment تاريخ العلاج	

Type of Case نوع الحالة	<input type="checkbox"/> Inpatient   <input type="checkbox"/> Outpatient   <input type="checkbox"/> Day Case   <input type="checkbox"/> مريض ضمن الإقامة   <input type="checkbox"/> RTA   <input type="checkbox"/> تطعيم   <input type="checkbox"/> متعلقة بالعمل   <input type="checkbox"/> حالة طارئة   <input type="checkbox"/> Work Relate   <input type="checkbox"/> Vaccination   <input type="checkbox"/> Psychiatric   <input type="checkbox"/> عقم   <input type="checkbox"/> Pre-Existing Chronic   <input type="checkbox"/> نفسيّة   <input type="checkbox"/> Infertility   <input type="checkbox"/> Congenital   <input type="checkbox"/> Wellness Check-up   <input type="checkbox"/> فحص وقائي   <input type="checkbox"/> Pregnancy/Indicate LMP   <input type="checkbox"/> حمل / يرجى تحديد تاريخ آخر دورة شهرية
----------------------------	--

## PROVIDER'S DECLARATION

I hereby certify that the medical services listed in this form were **medically necessary** and provided for the health and well-being of the patient.

أقرّ بأن الخدمات الطبية المذكورة في هذا النموذج كانت ضرورية طبياً وتم تقديمها لصحة ورفاه المريض

Physicians Name &amp; Signature

اسم الطبيب وتوقيعه

Stamp

الختم

## Expense &amp; Beneficiary Details (REQUIRED)

## تفاصيل المصاريF والمستفيد (الزامي)

Paid Currency العملة المدفوعة		Claim Amount مبلغ المطالبة	
Beneficiary Name (Pay to) اسم المستفيد (يدفع إلى)		Bank Name اسم البنك	
IBAN (Mandatory) رقم الأيبان (الزامي)			

## MEMBER AUTHORIZATION

I, the undersigned, certify that all information and documents provided in this claim are true and complete. I authorize any healthcare provider, insurance company, or institution holding medical or related records for myself or my dependents to release such information to SAICOHEALTH. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

أقرّ أنا الموقع أدناه بأن جميع المعلومات والمستندات المقدمة في هذه المطالبة صحيحة و كاملة. وأفوض أي مقدم رعاية صحية أو شركة تأمين أو جهة تمتلك سجلات طبية تخصني أو تخص أحد أفراد عائلتي بالإذن بإلقاء عن هذه المعلومات لشركة سايكوهيلث. ويعتبر هذا التفويض، سواء بنسخة الأصلية أو المضورة، صالحًا بالقدر نفسه.

Signature

التوقيع

Date

التاريخ

## Required Attachments &amp; Submission Guidelines

- Paid invoice(s) in the patient's name
- Doctor's prescription(s) for medication, lab tests, X-rays..
- Pharmacy invoice showing medicine name, quantity, and unit price
- Copy of patient's SAICOHEALTH ID card
- Medical reports, discharge summary, or operative notes
- Reimbursement claims must be submitted within **60 days** of treatment in the country of residence and within **90 days** if treated abroad

For detailed requirements, please refer to the Claims Reimbursement Checklist.

- فاتورة مدفوعة باسم المريض
  - وصفة الطبيب للأدوية أو التحاليل أو الأشعة وغيرها
  - فاتورة الصيدلية موضحاً بها اسم الدواء والكمية والسعر الفردي
  - نسخة من بطاقة عضوية سايكوهيلث الخاصة بالمريض
  - التقارير الطبية أو ملخص الخروج من المستشفى أو الملاحظات الجراحية
  - يجب تقديم مطالبات الاسترداد خلال **٦٠ يوماً** من العلاج داخل بلد الإقامة و **٩٠ يوماً** عند العلاج خارج البلاد
- للمطالبات التفصيلية، يرجى الرجوع إلى قائمة التحقق لمطالبات الاسترداد.