

MEDICAL CLAIM FORM نموذج المطالبة الطبية			
To be completed by the insured member		يُستكمل من قبل العضو المؤمن	
Member Name اسم العضو		Member No. رقم العضو	
Email Address البريد الإلكتروني		Mobile No. رقم الهاتف المحمول	
To be completed by the provider		يُستكمل 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 مريض ضمن الإقامة <input type="checkbox"/> Outpatient مريض خارجي <input type="checkbox"/> Day Case حالة يومية <input type="checkbox"/> Emergency Case حالة طارئة <input type="checkbox"/> Work Relate متعلقة بالعمل <input type="checkbox"/> Vaccination تطعيم <input type="checkbox"/> RTA حادث سير <input type="checkbox"/> Psychiatric نفسية <input type="checkbox"/> Pre-Existing Chronic حالة مزمنة سابقة <input type="checkbox"/> Infertility عقم <input type="checkbox"/> Congenital خلقية <input type="checkbox"/> Wellness Check-up فحص وقائي <input type="checkbox"/> Pregnancy/Indicate LMP حمل / يرجى تحديد تاريخ آخر دورة شهرية		
PROVIDER'S DECLARATION إقرار موافر الخدمة			
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. أقدر بأن الخدمات الطبية المذكورة في هذا النموذج كانت ضرورية طبياً وتم تقديمها لصحة ورفاه المريض			
Physicians Name & Signature اسم الطبيب وتوقيعه		Stamp الختم	
Expense & Beneficiary Details (REQUIRED) تفاصيل المصاريف والمستفيد (الزامي)			
Paid Currency العملة المدفوعة		Claim Amount مبلغ المطالبة	
Beneficiary Name (Pay to) اسم المستفيد (يُدفع إلى)		Bank Name اسم البنك	
IBAN (Mandatory) رقم الأيبان (الزامي)			
MEMBER AUTHORIZATION تفويض العضو			
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. أقدر أنا الموقع أدناه بأن جميع المعلومات والمستندات المقدمة في هذه المطالبة صحيحة وكاملة. وأفوض أي مقدم رعاية صحية أو شركة تأمين أو جهة تمتلك سجلات طبية تخصني أو تخص أحد تابعي بالإفصاح عن هذه المعلومات لشركة سايكوهيلث. ويُعتبر هذا التفويض، سواء بنسخته الأصلية أو المصورة، صالحاً بالقدر نفسه.			
Signature التوقيع		Date التاريخ	
Required Attachments & Submission Guidelines المرفقات المطلوبة وإرشادات التقديم			
<ul style="list-style-type: none">Paid invoice(s) in the patient's nameDoctor's prescription(s) for medication, lab tests, X-rays..Pharmacy invoice showing medicine name, quantity, and unit priceCopy of patient's SAICOHEALTH ID cardMedical reports, discharge summary, or operative notesReimbursement claims must be submitted within 60 days of treatment in the country of residence and within 90 days if treated abroad		<ul style="list-style-type: none">فاتورة مدفوعة باسم المريضوصفة الطبيب للأدوية أو التحاليل أو الأشعة وغيرهافاتورة الصيدلية موضحاً بها اسم الدواء والكمية والسعر الفردينسخة من بطاقة عضوية سايكوهيلث الخاصة بالمريضالتقارير الطبية أو ملخص الخروج من المستشفى أو الملاحظات الجراحيةيجب تقديم مطالبات الاسترداد خلال ٦٠ يوماً من العلاج داخل بلد الإقامة و ٩٠ يوماً عند العلاج خارج البلاد	
For detailed requirements, please refer to the Claims Reimbursement Checklist. للمتطلبات التفصيلية، يرجى الرجوع إلى قائمة التحقق لمطالبات الاسترداد.			