

بيانات مقدم الطلب

اسم المؤمن:	
رقم البطاقة:	رقم الموظف:
المبلغ المطلوب:	رقم الجوال:
تاريخ المعاينة:	البريد الإلكتروني:

شركة التأمين

هذه الأستمارة صالحة فقط لطلب إعادة تسديد المصاريف الطبية الناتجة عن الحالات التالية:

- بطاقة الاستفادة قيد الإصدار
- رفض المركز الطبي المتعاقد مع غلوب مد قطر/ سيب خدمة
- اسم المركز
- طارئة والمستفيد موجود في دائرة جغرافية بعيدة طبي متعاقد مع غلوب مد قطر/ سيب
- حالة عن أي مركز
- حالة طارئة خارج البلاد
- موافقة مسبقة معطاة من غلوب مد قطر سيب
- أسباب أخرى

ملاحظات:

الشكوى الرئيسية | التشخيص الطبي

اسم الطبيب:

العنوان:

رقم الهاتف/ الجوال:

التوقيع والختم:

كيف يقدم طلب التعويض الطبي

يجب أن تحتوي جميع الطلبات على ما يلي:

- نموذج مطالبة أصلية مكتمل
- فواتير أصلية تفصيلية وإيصالات الاستلام الرسمية
- التقارير التفصيلية مثل:
 - التقارير الطبية - توضح التشخيص والإجراءات
 - تقارير الأسنان - التي توضح الخدمات وأرقام الأسنان
 - تقارير البصريات - التي توضح التشخيص والإجراءات / تقرير فحص العين من طبيب العيون
 - تقرير تفصيلي للتصريف في حال الاستشفاء
- الوصفات الأصلية للأدوية (حينما يطلب ذلك)
- صور نتائج التحاليل والتقارير التشخيصية (حينما يطلب ذلك)
- نموذج الموافقة (حينما يطلب ذلك)
- نموذج موافقة مسبقة من غلوب مد قطر/ سيب ألي حالة تنويم داخل المستشفى، جراحات اليوم الواحد، العلاج الطبيعي أو أي مطالبة يتجاوز مبلغها ١,٥٠٠ ريال قطري للحصول على أي مطالبات معلقة، يرجى ملاحظة أنه يتوجب استلام الوثائق المطلوبة خلال مدة أقصاها ٣ أشهر (٠٩ يوماً) داخل قطر أو ٤ أشهر (٠٢١ يوماً) خارج قطر، وإلا سيتم رفض المطالبة تلقائياً ويقفل الملف.

ملاحظة: يجب أن تكون جميع الوثائق المذكورة أعلاه باللغة العربية أو الإنجليزية فقط

التوقيع:

التاريخ: