

بيانات مقدم الطلب

اسم المؤمن

رقم البطاقة

المبلغ المطلوب

تاريخ المعايمة

رقم الموظف

رقم الجوال

البريد الإلكتروني

لشركة التأمين

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

١. بطاقة الاستفادة قيد الصادر ٢. رفض

المركز الطبي المتعاقد مع غلوب مد قطر / سيب خدمة المريض

إسم المركز

طائرة والمستفيد موجود في دائرة جغرافية بعيدة طبي متعاقد مع غلوب مد قطر / سيب ٣. حالة عن أي مركز

٤. حالة طائرة خارج البلاد ٥

موافقة مسبقة معطاة من غلوب مد قطر / سيب

٦. أسباب أخرى

ملاحظات:

الشكوى الرئيسية/ التشخيص الطبي

اسم الطبيب

العنوان: رقم الهاتف/ الجوال

التوقيع والختم

نعويض

كيف نقدم طلب

يجب أن تحتوي جميع الطلبات على ما يلي

- نموذج مطالبة أصلية مكتمل
- فواتير أصلية تفصيلية وإيصالات الإستالم 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 لأدوية (حينما يطلب ذلك)
- صور نتائج التحاليل والتقارير التشخيصية (حينما يطلب ذلك)
- نموذج الموافقة (حينما يطلب ذلك)

نموذج موافقة مسبقة من غلوب مد قطر / سيب أي حالة تنويم داخل المستشفى، جراحات اليوم الواحد، العلاج الطبيعي أو أي مطالبة

• يتجاوز مبلغها ٠٠5,١ ريال قطري

للحصول على أي مطالبات معلقة، يرجى ملاحظة أنه يتوجب إستالم الوثائق المطلوبة خلال مدة اقصاها ٣ أشهر (٠٩ يوماً) داخل قطر أو ٤ أشهر (٠٦١ يوماً) خارج قطر، وإل سيتم رفض المطالبة تلقائياً ويقفل الملف

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

التاريخ:

التوقيع: