

## إستمارة مطالبة - داخل المستشفى / مصاريف طبية

### In Patient/Medical Reimbursement/Claim Form

**American Life Insurance Company**  
WILMINGTON, DELAWARE, U.S.A., INCORPORATED 1921

**ADMINISTRATIVE OFFICE**  
P.O. Box 5984, Sharjah, United Arab Emirates  
Tel +971 6 556 2566 Fax + 971 6 556 2577

أميركان لايف إنشورنس كومباني  
ويلمغتون، ديلاوير، الولايات المتحدة الأمريكية، تأسست عام ١٩٢١

المكتب الإداري:  
ص.ب. ٥٩٨٤ الشارقة - الإمارات العربية المتحدة  
تليفون ٢٥٦٦ ٦ ٥٥٦ +٩٧١ فاكس ٢٥٧٧ ٦ ٥٥٦ +٩٧١

#### EMPLOYEE'S SECTION

Employee's Name & Date of Birth

Patient's Name & Date of Birth

Policy Number

Certificate No. & Dependent No.

Insured E-mail Address

Insured Contact Mobile No.

يملأ من قبل الموظف

إسم الموظف و تاريخ الميلاد

إسم المريض و تاريخ الميلاد

رقم البوليصة

رقم الشهادة الضدية و رقم المعال

البريد الإلكتروني للمؤمن عليه

رقم هاتف المؤمن عليه

#### CLAIM SUBMISSION PROCEDURE

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

- All questions on the form are answered. Do not leave any blanks. Use block letters.
- 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.
- All necessary claims documents are to be submitted within 30 days of the incurred date.

#### The following original documents are to be attached:

##### Out Patient Treatment

- Official receipt showing the attending physician's detailed charges along with his stamp and signature
- Itemized pharmacy bill showing the date of purchase, name of patient, quantity and name of drugs along with the physician's prescription
- 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 undertaken

##### In-Patient Treatment

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

#### طريقة تقديم المطالبات

يجب الإنتباه للنقاط التالية كي تضمن عدم تأخير دفع مطالباتك:

- يجب الإنتباه على جميع الأسئلة الواردة في الإستمارة. لا تترك أي فراغ. أكتب بخط واضح.
- يجب تقديم المرفقات باللغة العربية أو الإنجليزية فقط يجب ترجمة أية مرفقات باللغات الأخرى لدى خبير معترف به قبل تقديمها
- يجب تقديم جميع المرفقات المطلوبة في خلال مدة ثلاثين يوماً من تاريخ حدوث المطالبة.

يجب إرفاق النسخ الأصلية من:

في حال كانت المطالبة نتيجة معالجة في العيادات الخارجية

- إيصال رسمي بأتعاب الطبيب يظهر ختم و توقيع الطبيب
- فاتورة مفصلة من الصيدلية تظهر تاريخ الشراء، إسم المريض، كمية و أسماء الأدوية الموصوفة، يجب إرفاق الوصفة الطبية من الطبيب.
- إيصال رسمي مفصل يظهر نوع و كلفة كل التحاليل المخبرية و صور الأشعة أو أية فحوصات أخرى و نتائجها. مرفقة بطلب الطبيب للقيام بالفحوصات وصور عن نتائج جميع الفحوصات المطلوبة.

في حال كانت المطالبة نتيجة دخول المستشفى

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

#### AUTHORIZATION STATEMENT

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 MetLife 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.

#### تصريح التحويل

أقر بأن كل الأجوبة و الوثائق المرفقة بإستمارة المطالبة هي كاملة و حقيقية. و أفوض أي دكتور، مستشفى، جهاز طبي، شركة تامين، مؤسسة أو شخص و الذي عنده عني أو عن أفراد عائلتي بإعطاء متلايف اليكو - الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة - المعلومات الكاملة متضمنًا نسخ سجلاتهم بالإشارة إلى مرضي أو أي علاج، فحص، نصيحة أو إستشفاء. و إن أي نسخة لهذا التصريح ستؤخذ كالنسخة الأصلية.

Employee's Signature

إمضاء الموظف

### In Patient/Medical Reimbursement/Claim Form

American Life Insurance Company  
WILMINGTON, DELAWARE, U.S.A., INCORPORATED 1921

ADMINISTRATIVE OFFICE  
P.O. Box 5984, Sharjah, United Arab Emirates  
Tel +971 6 556 2566 Fax + 971 6 556 2577

أميركان لايف إنشورنس كومباني  
ويلمغتون، ديلاوير، الولايات المتحدة الأمريكية، تأسست عام ١٩٢١  
المكتب الإداري:  
ص.ب. ٥٩٨٤ الشارقة - الإمارات العربية المتحدة  
تليفون ٢٥٦٦ ٦ ٥٥٦ +٩٧١ فاكس ٢٥٧٧ ٦ ٥٥٦ +٩٧١

#### ATTENDING PHYSICIAN SECTION

يملأ من قبل الطبيب المعالج

Patient's Name & Date of Birth

إسم المريض و تاريخ الميلاد

Chief Complaints

الأعراض الرئيسية

  

Diagnosis

التشخيص

  

How long has the patient been suffering from this sickness?

منذ متى يعاني المريض من هذا المرض؟

Please specify the date symptoms first appeared.

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 الإسم و تفاصيل المعالجة.

  
  

If the claim is resulting from pregnancy / childbirth, please provide 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.

إسم الطبيب و عنوانه و رقم التليفون

  

Physician's Signature and Stamp

إمضاء الطبيب و ختمه