Medical Reimbursement Claim Form
نموذج استرداد مصروفات طبية

Medical Reimbursement Claim Form

Client's Name	:	اسم العميل :
Policy No	:	رقم الوثيقة :
Patient's Pin No	:	رقم بطاقة :
Patient's Name	:	اسم المريض :
Patient's Age	:	عمر المريض :
Mobile No (Mandatory to update your claim status)	:	رقم الجوال : (إجباري لإشعاركم بوضع طلبكم)
E-Mail	:	البريد الإلكتروني :
Diagnosis	:	التشخيص :
Consultation Fee	:	قيمة الكشف :
Lab. Cost	:	قيمة المختبر :
Medication Cost	:	قيمة الأدوية :
Others	:	أخرى :
Total	:	المجموع :
SR	:	الريال السعودي :
Currency	:	نوع العملة :

Required Documents — الوثائق المطلوبة

1. Copy of the medical insurance card & IBAN	١. صورة من بطاقة التأمين الطبي وصوره من بطاقة الأيبان
2. Copy of Iqama	٢. صوة من الهوية / الاقامة
3. Completed Reimbursement Form	٣. نموذج استرداد مصروفات طبية
4. Original Itemized Invoices with cost Breakdown	٤. اصل الفواتير مع تكلفة الخدمة { لكل خدمة }
5. Payment Receipts	٥. ايصالات الدفع
6. Doctor's Prescription	٦. وصفة العلاج من الطبيب
7. Results of Diagnostic Investigations	٧. نتائج التحاليل / صورة الاشعة
8. Medical Report	٨. التقرير الطبى
9. Discharge Summary for In-Patient cases only	٩. تقرير الخروج – في حالة التنويم
10. Copy of Exit Re-entry Visa. (If treatment outside KSA), with Prior Approval.	١٠ صورة من تأشيرة الخروج والعودة (في حال العلاج خارج المملكة) مع موافقة مسبقة

Note: Reimbursement of medical expenses will only apply to Cases submitted within 30 days as specified in the policy

ملاحظة هامة: استرداد المصاريف الطبية يكون للحالات التي يتم تسليمها في مدة أقصاها 30 يوماً كما هو محدد في وثيقة التأمين

Very Important: The claim payment will be through bank transfer only

هام جداً: يتم إستعاضة مبلغ المطالبة عن طريق التحويل إلى الحساب البنكي فقط

Transfer Request to Bank Account: — طلب تحويل للحساب البنكي:

☐ I agree to receive claim amount via online transfer to my bank account

☐ أوافق على استلام مبلغ المطالبة بواسطة التحويل على حسابي البنكي.

Name (As recorded in the bank)		الاسم (كما هو مدرج لدى البنك)
IBAN	:	رقم حساب الأيبان :
Bank Code	:	رمز البنك :
Bank Name	:	إسم البنك :

Disclaimer notice: — إخلاء طرف:

Al Rajhi Takaful will transfer the amount of the claim to the applicant's bank account, as per the data provided above. The Company does not hold any legal responsibility or financial liabilities that may result due to the wrong bank transfer as a result of the applicant provided inaccurate personal and financial information about his/her bank account.

سوف تقوم شركة تكافل الراجحي للتأمين بتحويل مبلغ المطالبة للحساب البنكي الخاص بمقدم الطلب، وذلك حسب البيانات المالية المقدمة أعلاه. ولا تتحمل الشركة أية مسؤولية قانونية أو التزامات مالية قد تنتج بسبب تحويل بنكي خاطيء نتيجة عدم التزام مقدم الطلب بتقديم البيانات الشخصية والمالية الصحيحة عن حسابه البنكي

Declaration: — إقرار:

I Acknowledged that all the above information are correct and under my responsibility

أقر أن جميع المعلومات أعلاه صحيحة و على مسؤوليتي

Name	:	الاسم :
Signature	:	التوقيع :
Date	:	التاريخ :