

نموذج مطالبة طبية

بيانات مقدم الطلب

اسم المؤمن	
رقم بطاقة التأمين	الرقم الوظيفي
المبلغ المطلوب	رقم الجوال
تاريخ المعاينة	البريد الإلكتروني

شركة التأمين

هذه الاستمارة صالحة فقط لطلب إعادة تسديد المصاريف الطبية الناتجة وذلك في الحالات التالية:

- 1- بطاقة التأمين قيد الإصدار
- 2- خدمات غير مغطاة في المركز الطبي المتعاقد مع سيب للتأمين
- 3- خدمات طبية خارج المراكز المتعاقدة مع سيب للتأمين
- 4- حالة طارئ خارج البلاد
- 5- موافقة مسبقة معطاة من سيب للتأمين
- 6- أسباب أخرى

ملاحظات

التشخيص الطبي / العلامات والأعراض (بتم تعبئتها من قبل الطبيب المعالج)

اسم الطبيب	
العنوان	رقم الهاتف / الجوال

التوقيع والختم

كيف يتم تقديم طلب التعويض الطبي:

يجب أن تحتوي جميع الطلبات على ما يلي:

- نموذج مطالبة أصلي مكتمل
 - فواتير أصلية تفصيلية وإيصالات الاستلام الرسمية
 - التقارير التفصيلية مثل:
 - التقارير الطبية – توضح التشخيص والجراءات
 - تقارير الأسنان – التي توضح الخدمات وأرقام الأسنان مع صور الأشعة
 - تقارير البصرات – التي توضح التشخيص والجراءات / تقرير فحص النظر من أخصائي العيون
 - تقرير تفصيلي لمخصص الخروج من المستشفى في حال الاستشفاء
 - الصفات الأصلية للأدوية
 - صور نتائج التحاليل والتقارير الشخصية
 - نموذج موافقة مسبقة من سيب للتأمين في حالة الاستشفاء، جراحات اليوم الواحد، العلاج الطبيعي أو أي مطالبة يتجاوز مبلغها 1,500 ريال قطري للحصول على أي مطالبات غير مكتملة، يتوجب تقديم الوثائق المطلوبة خلال مدة أقصاها 3 أشهر (90 يوماً) داخل قطر أو أربعة أشهر (120 يوماً) خارج قطر، وإلا سيتم رفض المطالبة تلقائياً ويقفل الملف
- ملاحظة: يجب أن تكون جميع الوثائق المذكورة أعلاه باللغة العربية أو الإنجليزية فقط
- يرجى تقديم جميع المطالبات خلال مدة أقصاها 60 يوم للعلاج التلقائي داخل قطر و 90 يوم للعلاج المتلقى خارج قطر.
- لشركة سيب للتأمين الحق برفض أي مطالبات الفترة الزمنية المحدد أعلاه.

أنا الموقع أعلاه بأسمي الخاص / باسم المستفيد المذكور أعلاه، أعطي إنذاراً كاملاً لا رجوع عنه لشركة "سيب" للتأمين وللوكيل الإداري ومندوبيه (الأطباء والمرضات) بالتحقق عن وضعي الصحي / وضع المستفيد. كذلك أعطي الأذن لأي مستشفى أو أي مؤسسة للعناية الصحية، بتزويد شركة "سيب" والوكيل الإداري ومندوبيه بجميع المعلومات الصحية المتوفرة والمتعلقة بي / المستفيد المذكور أعلاه والذين هم على علم بها أو المحفوظة في ملفاتهم وسجلاتهم الطبية. لهذا الغرض أتنازل باسمي / وبأسم المستفيد المذكور أعلاه عن حقي / حقه بالسرية الطبية لصالح شركة "سيب" للتأمين وللوكيل الإداري ومندوبيه.

التاريخ	التوقيع
---------	---------