

CLAIM FORM



CLAIMANT DETAILS

Member's Name:			
Membership #:		Staff #:	
Claimed Amount:		Primary Insured Mobile #:	
Treatment Date:		Email:	

INSURANCE COMPANY

This form is applicable only for reimbursement claims resulting from:

1. Card under processing
2. Transaction not accepted by the Member of GlobeMed Qatar/SEIB Network

Provider Name:

3. Emergency Case and no GlobeMed Qatar/SEIB Network Available in the Geographical Area:

4. Emergency Abroad

5. Prior Approval delivered by GlobeMed Qatar/SEIB

6. Others:

Remarks:

CHIEF COMPLAINT/ DIAGNOSIS AND PROGNOSIS

Doctor's Name:

Address: Tel/ Mobile #:

Signature & Stamp:

HOW TO MAKE A REIMBURSEMENT CLAIM?

All Claims must include the following:

- Original completed claim form
- Original itemized invoices and receipt(s) of payment
- Original detailed report such as:
 - Medical – specifying diagnosis and procedure
 - Dental – specifying services and tooth number
 - Optical – specifying diagnosis and procedure / Eye test report from ophthalmologist
 - Detailed Discharge Report in case of hospitalization
- Original prescription for medicines, as applicable
- Photocopies of laboratory/diagnostic reports, if applicable
- Pre-authorization form, if applicable
- Pre-authorization form from GlobeMed Qatar/SEIB, for in-patient, day care, physiotherapy sessions or any claim exceeding QR 1,500
- For any pending claims, please note that missing documentation must be received within a maximum period of 3 months (90 days) within Qatar or 4 months (120 days) outside Qatar, otherwise the claim will be automatically rejected and file closed

Note: All of the above documents must be in either English or Arabic language only.

I, the undersigned, on my own behalf/on behalf of the beneficiary named above, give permission to SEIB, the Administrative Agent and delegates (doctors and nurses) to verify my/the beneficiary's health status. I also authorize any doctor, nurse, hospital or health care institution, to provide SEIB, the Administrative Agent and delegates with all health information related to me/the beneficiary they are aware of or available in their files and medical records. For this purpose, I give up in my name/the beneficiary name my right for medical confidentiality to SEIB, the Administrative Agent and delegates.

Signature: Date:

بيانات مقدم الطلب

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

لشركة التأمين

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

١. بطاقة الاستفادة قيد الاصدار

٢. رفض المركز الطبي المتعاقد مع غلوب مد قطر / سيب خدمة المريض

إسم المركز:

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

٤. حالة طارئة 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:	

كيف تقدم طلب تعويض

يجب أن تحتوي جميع الطلبات على ما يلي:

- نموذج مطالبة أصلية مكتمل
- فواتير أصلية تفصيلية وايصالات الإستلام الرسمية
- التقارير التفصيلية مثل
 - التقارير الطبية - توضح التشخيص والاجراءات
 - تقارير الأسنان - التي توضح الخدمات وأرقام الأسنان
 - تقارير البصريات - التي توضح التشخيص والاجراءات/ 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 مسبقة من غلوب مد قطر / سيب لأي 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 إستلام الوثائق المطلوبة خلال مدة اقصاها ٣ أشهر (٩٠ يوماً) داخل قطر أو ٤ أشهر (١٢٠ يوماً) خارج قطر، وإلا سيتم رفض المطالبة تلقائياً ويقفل الملف

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