

## نموذج مطالبة التعويضات الطبية

الرجاء قراءة التعليمات خلف النموذج قبل تعبئته

رقم النموذج:

1. اسم المريض: 2. رقم بطاقة التأمين الصحي للمريض / رقم بطاقة الهوية الإماراتية:				
3. اسم العضو الرئيسي:				
4. أسباب / ظرف العلاج خارج شبكة مزودي الخدمة: (الرجاء الاختيار) <input type="checkbox"/> طوارئ <input type="checkbox"/> اختيار شخصي <input type="checkbox"/> عدم توفر الخدمة في مكان آخر <input type="checkbox"/> عطلة / رحلة عمل خارج الإمارات <input type="checkbox"/> أسباب أخرى (الرجاء ذكر السبب) .....				
5. البيانات الطبية: (يتم تعبئتها من قبل الطبيب المعالج في حالات العيادات الخارجية، أما بالنسبة للعمليات الجراحية أو الإقامة في المستشفى يجب إرفاق التقرير الطبي)				
الحالة المرضية (التشخيص):			تاريخ الزيارة:	
بداية المرض ومدته:				
تفاصيل العلاج:				
أصرح بأنني قد عانيت هذا المريض وأن التفاصيل المذكورة من قبلي هي صحيحة ودقيقة حسب معرفتي. اسم وتوقيع الطبيب: ..... التاريخ: ..... الختم: .....				
المبلغ	وصف الخدمة	التاريخ	رقم الفاتورة	اسم وعنوان المستشفى / العيادة
العملة (في حالة تلقي العلاج خارج دولة الإمارات) ..... الإجمالي .....				
7. معلومات أخرى				
هل الحالة المذكورة أعلاه إصابة عمل؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم (الرجاء ذكر التفاصيل كاملة) .....				
هل الحالة المذكورة أعلاه تم دفعها من قبل شركة تأمين أخرى؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم (الرجاء ذكر اسم شركة التأمين الأخرى والمبلغ الذي تم دفعه من قبلهم) .....				
8. إقرار				
أنا الموقع أدناه أقر بأن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وكاملة وأن التعويض هو نظير نفقات دُفعت لغرض علاج حالتي المرضية. أوافق على تزويد شركة أبوظبي الوطنية للتأمين بأي وثيقة مطلوبة / ضرورية بهدف إنهاء معاملات مطالبة التعويضات الطبية. كما أفوض شركة أبوظبي الوطنية للتأمين بالتواصل مع أي طبيب / مزود خدمة طبية / أي مؤسسة أو أي شخص يملك أي سجل / معلومات طبية خاصة بي أو بأي فرد من أفراد عائلتي وتزويد شركة أبوظبي الوطنية للتأمين بكافة المعلومات، بما فيها نسخ من السجلات عند الطلب.				
الاسم	التوقيع	التاريخ	الهاتف	البريد الإلكتروني

## تعليمات عامة

1. يجب تعبئة بيانات هذا النموذج من قبل العضو المؤمن عليه (حامل بطاقة التأمين الصحي) فقط في حال إذا لم يتم تقديم الطلب بالنيابة عنه من قبل مزود الخدمة.
2. الرجاء قراءة النموذج بعناية والتأكد من استكمال البيانات ذات الصلة، علماً بأن شركة أبوظبي الوطنية للتأمين تتمسك بحقها في رفض أي مطالبة تعويض لا يستوفي لكافة البيانات أو تفتقد أيًا من المستندات المطلوبة.
3. استخدم نموذجاً مفصلاً لكل شخص مؤمن عليه.
4. يجب على جميع المستندات (الفواتير / التقارير الطبية) أن تكون إما باللغة العربية أو الإنجليزية، علماً بوجود ترجمة المستندات المقدمة إذا كانت غير اللغات السابق ذكرها قبل تقديمها.
5. الرجاء إرفاق المستندات التالية مع نموذج مطالبة التعويض بعد تعبئته بعناية:
  - نسخة من بطاقة التأمين الصحي ونسخة عن بطاقة الهوية الإماراتية
  - الفواتير الأصلية مفصلة ومؤرخة مع الإيصالات المدفوعة
  - أصل الوصفة الطبية الصادرة من قبل الطبيب المعالج (ما عدا وصفة الأدوية المراقبة) على أن لاتزيد مدة صلاحية الوصفة عن 60 يوماً ولا تزيد صلاحية الأدوية المراقبة عن 3 أيام، وذلك حسب التعليمات الصادرة عن دائرة الصحة - أبوظبي
  - نتائج التحاليل الطبية / الأشعة، إلخ

### متطلبات إضافية لما ذكر أعلاه:

#### حالات الإقامة في المستشفى:

- التقرير الطبي / تقرير الخروج مختوماً وموقعاً من قبل الطبيب المعالج

#### في حالة تلقي العلاج خارج دولة الإمارات العربية المتحدة

- إثبات السفر مع التاريخ (مثال: نسخة عن تذكرة السفر / بطاقة الصعود / ختم الخروج والدخول)
- يخضع العلاج الشخصي إلى موافقة شركة أبوظبي الوطنية للتأمين

6. الرجاء الاحتفاظ بنسخ الإيصالات / المستندات المرفقة مع نموذج المطالبة حيث أن شركة أبوظبي الوطنية للتأمين لن تقوم بإعادة المستندات الأصلية.

7. يجب إرسال مطالبات التعويض في حالة تلقي الخدمة داخل أو خارج دولة الإمارات خلال 120 يوماً من تلقي العلاج.

8. يرجى إرسال النماذج المطلوبة أعلاه مباشرة إلى:

**medicalclaims@adnic.ae**

في حالة الحاجة إلى المساعدة في تعبئة النموذج يرجى الاتصال على الرقم المجاني على: 8008040

#### تعليمات تعبئة النموذج:

1. الرجاء كتابة الاسم ورقم بطاقة التأمين الصحي كما هو مذكور على البطاقة الخاصة بك.
2. المعلومات الطبية – اطلب من طبيبك كتابة معلومات وتفاصيل كافية عن حالتك المرضية وتفاصيل العلاج.
3. اسم مزود الخدمة وعنوانه – الرجاء استخدام أكثر من سطر إذا اضطررت لتعبئة البيانات الخاصة بكل مزود خدمة تمت زيارته.
4. رقم الفاتورة – الرجاء كتابة الرقم المرجعي لكل فاتورة / إيصال لكل خدمة على حدة.
5. تاريخ الخدمة – الرجاء كتابة تاريخ الخدمة لكل فاتورة.
5. وصف الخدمة – الرجاء ذكر نوع الخدمة، (كشف / أدوية / فحوصات / علاج فيزيائي / أسنان / إقامة في المستشفى).
7. المبلغ – الرجاء كتابة المبلغ كما هو مذكور على الفاتورة.
8. الإجمالي – إجمالي مبلغ كل الفواتير المرفقة.
9. العملة – الرجاء ذكر العملة التي تم بها الدفع.
10. إذا كان العالج ناتج عن حادث سير يجب إرفاق تقرير الشرطة مع الطلب.
11. الإفصاح – الرجاء كتابة اسمك، تواريخك، التاريخ، هاتفك، وصلة القرابة بحامل البطاقة.

## وسيلة الدفع

1.  شيك

2.  تحويلات بنكية / إلكترونية

في حال التحويلات البنكية / الإلكترونية، الرجاء تعبئة نموذج التفويض.

## نموذج تفويض للتحويلات البنكية / الإلكترونية.

### تفويض

أنا الموقع أدناه أفوض شركة أبوظبي الوطنية للتأمين بتحويل مبلغ مطالبة التعويض الطبي المتعلق بهذا النموذج إلكترونياً إلى حسابي المصرفي حسب البيانات المقدمة أدناه :

اسم البنك : .....

رقم الحساب الدولي (IBAN) : .....

البريد الإلكتروني : .....

الهاتف المحمول : .....

التاريخ

التوقيع

اسم العضو ورقم بطاقة التأمين الصحي

تنويه: جميع المعلومات المقدمة هي مسؤولية العميل/ العضو وهو ملزم بها قانونياً.

**خاص بموظفي شركة أبوظبي الوطنية للتأمين فقط**

التاريخ :

اسم الموظف في شركة أبوظبي الوطنية للتأمين :