

تأسست في أبوظبي سنة ١٩٧٢ وأرأسمالها المدفوع ٣٧٥,٠٠٠,٠٠٠ درهم وتخضع لنصوص القانون الاتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧ وهي شركة مرخصة من هيئة التأمين تحت الرقم (١)

رقم النموذج:

## نموذج مطالبة تعويضات طبية

الرجاء قراءة التعليمات في الخلف قبل تعبئة النموذج

١. إسم المريض:					٢. رقم بطاقة التأمين الصحي للمريض \ رقم بطاقة الهوية:				
٣. إسم العضو الرئيسي:									
٤. أسباب \ ظرف العلاج خارج شبكة مقدمي 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"/>	
٥. المعلومات 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 ومدة المرض:									
تفاصيل العلاج:									
أصرح بأني قد عاينت هذا المريض وأن التفاصيل المذكورة من قبلي هي صحيحة ودقيقة حسب معرفتي.									
إسم وتوقيع الطبيب: التاريخ: الختم:									
٦. إسم وعنوان المستشفى \ العيادة		رقم الفاتورة		التاريخ		وصف الخدمة		المبلغ	
العملة (في حالة تلقي العلاج خارج الدولة) ..... الإجمالي									
٧. معلومات أخرى:									
هل الحالة المذكورة أعلاه إصابة عمل؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم (التفاصيل الكاملة) .....									
هل الحالة المذكورة أعلاه تم دفعها من قبل شركة تأمين أخرى؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم (الرجاء ذكر المبلغ المدفوع ومن قبل أي شركة تأمين)									
٨. إقرار									
أنا الموقع أدناه أقر بأن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وكاملة وأن التعويض هو نظير نفقات دفعت 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 \ مقدم 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 عن السجلات عند الطلب.									
الإسم		التوقيع		التاريخ		الهاتف		البريد الإلكتروني	
صلة القرابة بحامل البطاقة									

تأسست في أبوظبي سنة ١٩٧٢ وأرأسها المدفوع . . . . . ٣٧٥,٠٠٠,٠٠٠ درهم وتخضع لنصوص القانون الاتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧. وهي شركة مرخصة من هيئة التأمين تحت الرقم (١)

### تعليمات عامة

١. يجب تعبئة بيانات هذا النموذج من قبل العضو المؤمن عليه (حامل بطاقة التأمين الصحي) فقط في حال لم يتم تقديم الطلب بالنيابة عنه من قبل مقدم الخدمة.
٢. الرجاء قراءة النموذج بعناية والتأكد من استكمال البيانات ذات الصلة، علماً أن شركة أبوظبي الوطنية للتأمين تتمسك بحقها في رفض أي مطالبة تعويض غير مستوفية لكافة البيانات أو تفتقد لأي من المستندات المطلوبة.
٣. استخدم نموذجاً منفصلاً لكل شخص مؤمن عليه.
٤. جميع المستندات (الفواتير \ التقارير الطبية) تكون إما باللغة العربية أو الانجليزية، علماً بأن أي مستندات مقدمة بغير اللغات السابق ذكرها يجب ترجمتها قبل تقديمها.
٥. الرجاء إرفاق المستندات التالية مع نموذج مطالبة التعويض بعد تعبئته بعناية.
  - نسخة عن بطاقة التأمين الصحي ونسخة عن بطاقة الهوية.
  - الفواتير الأصلية مفصلة ومؤرخة مع الإيصالات المدفوعة.
  - أصل الوصفة الطبية الصادرة من قبل الطبيب المعالج (ما عدا وصفة الأدوية المراقبة). إن صلاحية الوصفة الطبية لا تزيد على ٦٠ يوماً أما صلاحية الأدوية المراقبة فهي لا تزيد عن ٣ أيام، وذلك حسب التعليمات الصادرة عن دائرة الصحة - أبوظبي.
  - نتائج التحاليل الطبية \ الأشعة، إلخ.

### متطلبات إضافية لما ذكر أعلاه:

#### حالات الإقامة في المستشفى:

- تقرير طبي \ تقرير الخروج مختوم وموقع من قبل الطبيب المعالج.
- #### في حالة تلقي العلاج خارج دولة الإمارات
- إثبات السفر مع التاريخ (مثلًا نسخة عن تذكرة السفر \ بطاقة الصعود \ صفحة الخروج والدخول).
  - يخضع العلاج الشخصي إلى موافقة شركة أبوظبي الوطنية للتأمين.
٦. الرجاء الاحتفاظ بنسخ الإيصالات \ المستندات المرفقة مع نموذج المطالبة لأن شركة أبوظبي الوطنية للتأمين لن تقوم بإعادة المستندات الأصلية.
  ٧. يجب إرسال مطالبات التعويض في حالة تلقي الخدمة داخل أو خارج الإمارات خلال ١٢ يوماً من تلقي العلاج.
  ٨. يرجى إرسال النماذج المطلوبة أعلاه مباشرة إلى:
 

**medicalclaims@adnic.ae**

في حال الحاجة إلى المساعدة في تعبئة النموذج يرجى الاتصال على: ٨٠٠.٨٠٤٠

### تعليمات تعبئة النموذج

١. الرجاء كتابة اسمك ورقم بطاقة التأمين الصحي كما هو مذكور على البطاقة الخاصة بك.
٢. **المعلومات الطبية** - اطلب من طبيبك كتابة معلومات كافية عن حالتك المرضية وتفاصيل العلاج.
٣. **إسم مقدم الخدمة وعنوانه** - الرجاء استخدام أكثر من سطر إذا اضطررت لتعبئة المعلومات الخاصة بكل مقدم خدمة تمت زيارته.
٤. **رقم الفاتورة** - الرجاء كتابة الرقم المرجعي لكل فاتورة \ إيصال لكل خدمة على حدة.
٥. **تاريخ الخدمة** - الرجاء كتابة تاريخ الخدمة مقابل الفاتورة.
٦. **وصف الخدمة** - الرجاء ذكر نوع الخدمة. (كشف \ أدوية \ فحوصات \ علاج فيزيائي \ أسنان \ إقامة في المستشفى).
٧. **المبلغ** - الرجاء كتابة المبلغ كما هو مذكور على الفاتورة.
٨. **الإجمالي** - إجمالي مبلغ كل الفواتير المرفقة.
٩. **العملة** - الرجاء ذكر العملة التي تم بها الدفع.
١٠. إذا كان العلاج ناتج عن حادث سير يجب إرفاق تقرير الشرطة مع الطلب.
١١. **التصريح** - الرجاء كتابة اسمك، توقيعك، التاريخ، هاتفك، وصلة القرابة بحامل البطاقة.

تأسست في أبوظبي سنة ١٩٧٢ ورأس مالها المدفوع ٣٧٥,٠٠٠,٠٠٠ درهم وتخضع لنصوص القانون الاتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧ وهي شركة مرخصة من هيئة التأمين تحت الرقم (١)

## وسيلة الدفع

١.  شيك

٢.  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 أدناه:

إسم البنك: .....

رقم IBAN: .....

البريد الإلكتروني: .....

الهاتف المتحرك: .....

إسم العضو ورقم بطاقة التأمين الصحي .....  
التوقيع .....  
التاريخ .....

تنويه: جميع المعلومات المقدمة هي مسؤولية العميل \ العضو وهو ملزم بها قانوناً.

### لموظفي شركة أبوظبي الوطنية للتأمين فقط

إسم الموظف في شركة أبوظبي الوطنية للتأمين:

التاريخ: