



Reimbursement form for treatment Outside the Medical Network

Company Name : اسم الشركة المؤمن عليها :		
Client Name : اسم المستفيد :		
MemberShip no. : رقم الكارنيه :		
Mobile No : رقم المحمول :		
Service الخدمة	Service date تاريخ الخدمة	Amount التكلفة

Please put mark infront of the attached documents

يرجاء وضع علامة امام الاوراق المرفقة :

1-Original Prescription

أصل الروشنة

2-Original Detailed Invoice

أصل فاتورة تفصيلية

3-Copy of Medical Card

صورة الكارنيه

4-Copy of Lab/Scan Result

صورة من نتائج التحاليل أو الأشعة

5-Medical Report

التقرير الطبي بالخدمة المقدمة

6-Copy of the child's birth certificate
(For Delivery Claims)

صورة شهادة ميلاد الطفل
(في حالات الولادة فقط)

Patient signature :

Date received At Medcom :