

# ملاذكير malathcare

## نموذج تعويض نقدي لمطالبة طبية Cash Claims Reimbursement Form

To be filed by Applicant		تعباً من قبل الموظف/المريض
Insured's company name		اسم الشركة
Patient's name		اسم المريض
Medical Insurance Card number		رقم بطاقة التأمين
Is the treatment incurred in the	<input type="checkbox"/> Out-patient clinic <input type="checkbox"/> Admission to Hospital	هل المعالجة تمت في
Treatment visit date		تاريخ زيارة العيادات الخارجية أو المستشفى
Medical Provider Name		اسم مقدم الخدمات الطبية المركز/المستشفى
Treating physician name		اسم الطبيب المعالج
Medical record/file number		رقم الملف الطبي
City of the treatment place		اسم المدينة التي تمت فيه المعالجة
Country name		اسم الدولة
Reason of cash claim submission		سبب المطالبة بالتعويض النقدي
Cash claim amount		مبلغ المطالبة للتعويض النقدي
Application date		تاريخ تقديم الطلب
Employee's signature		توقيع الموظف رب الأسرة

To be filed by MalathCare		تعباً من قبل ملاذكير
Is the treatment incurred in the	<input type="checkbox"/> Out-patient clinic <input type="checkbox"/> Admission to Hospital	هل المعالجة تمت في
Treatment visit date		تاريخ زيارة العيادات الخارجية أو المستشفى
Diagnosis name		التشخيص
Diagnosis code		رمز التشخيص
Name of the claim processor		اسم مدخل البيانات الطبية والمالية
Date and signature		التاريخ والتوقيع
Claims Audited by Dr.		اسم الطبيب المدقق
Approved cash amount		مبلغ التعويض النقدي الموافق عليه
Date and signature		التاريخ والتوقيع
Stamp		الختم