



10202500057



The Required Information and Documents:

Include the medical services and attach the requested documents with the claim form.

Enclose the original invoices, duly signed and stamped.

المعلومات والمستندات المطلوبة
إدراج الخدمات الطبية وإرفاق المستندات المطلوبة مع نموذج المطالبة
إرفاق الإيصالات المالية الأصلية موقعة ومحققة

معلومات المشترك - Subscriber Information

Name:

Test Users

الاسم:

Age:

0.70

العمر:

Gender:

Male

الجنس:

Insurance Card No:

ITE2025/Test0001

رقم بطاقة التأمين:

Tel no:

رقم الهاتف:

بيانات الطبيب المعالج - Doctor Information

Doctor Name:

اسم الطبيب:

بيانات مزود الخدمة - Provider Information

Provider Name:

للخدمات الطبية (مصحة العافية)

مزود الخدمة:

Speciality:

التخصص:

Tel No:

رقم الهاتف:

Tel No:

رقم الهاتف:

Email Address:

البريد الإلكتروني:

Date:

26/10/2025

التاريخ:

نموذج العلاج (يعمل من قبل الطبيب المعالج) - Treatment Form (To Be Filled by the Doctor)

History of Symptoms:

الأعراض مع تاريخ بدايتها:

Medical Intervention Needed:

الإجراءات الطبية المطلوب:

Diagnosis:

التشخيص:

Treatment:

العلاج:

Patient Consent:

I, the undersigned, give my consent to the doctor, hospital, laboratory and other providers to share with the company all information related to the services I have received. I also confirm that all information provided by me is correct and fully disclosed.

Signature: _____ التوقيع: _____

إقرار المريض

أنا الموقع أدناه أوافق على قيام الطبيب، المستشفى، المختبر، أو أي شخص قدّم لي خدمات طبية بتزويد الشركة بالمعلومات أو أي خدمة طبية، وأؤكد أن جميع المعلومات صحيحة، وأنني لم أكتُم عن أي معلومات أخرى بالخصوص.

Name: _____ اللام: _____

Doctor Consent:

I confirm that I personally diagnosed the subscriber (insured member) and I confirm that all information detailed in the treatment form is correct.

Signature: _____ التوقيع: _____

إقرار الطبيب

أقر بأنني قد شخصت تقديم خدمة التشخيص والعلاج للمشترك (المؤمن له) وأقر بأن كل المعلومات المذكورة بنموذج العلاج صحيحة.

Name: _____ اللام: _____