



شركة البحيرة للتأمين

Al-Buhaira National Insurance Co.

P.O. BOX 2842, SHARJAH, U.A.E. Tel.No. 06-5117555, Fax No. 06-5696636

MEDICAL EXPENSES CLAIM FORM نموذج مطالبة المصارييف الطبية

To be completed by Medical Attendant in full

يتم تعينه هذا الطلب من قبل الطبيب المعالج بالكامل

Patient name:	اسم المريض:
Date of birth:	تاريخ الميلاد:
Insurance ID No.:	رقم بطاقة التأمين:
Policyholder:	إسم حامل الوثيقة:
Patient's mobile number:	رقم الهاتف المتحرك:
Patient's file No.:	رقم الملف الطبي:
Nationality:	الجنسية:

Type of visit:	<input type="checkbox"/> First visit <input type="checkbox"/> Follow up	نوع الزيارة: الزيارة الأولى <input type="checkbox"/> متلعة		
1 Cause of visit:	<input type="checkbox"/> Work related Injury <input type="checkbox"/> Physical <input type="checkbox"/> Maternity <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Others	أسباب الزيارة: <input type="checkbox"/> إصابة عمل <input type="checkbox"/> مرض جسدي <input type="checkbox"/> حمل وولادة <input type="checkbox"/> حادث <input type="checkbox"/> حالات أخرى <input type="checkbox"/> أسنان		
2 Symptoms:	الأعراض:			
Origin and cause:	السبب:			
Duration:	المدة:			
3 Has the patient previously suffered from the above illness? If yes, Period involved:	Yes <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		هل عانى المريض سبقاً من هذه الحالة المرضية؟ إذا "نعم" فإنها في:	
4 Has the patient previously suffered from any other accident or illness which affects the present illness? If yes, please state: Period involved:	Yes <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		هل عانى المريض سبقاً من مرض أو إصابة تسببت في هذه الحالة المرضية؟ إذا نعم، إشرح الحال: الفترة الزمنية للحالة:	
5 Diagnosis:	التخمين: <input type="checkbox"/> مرض عارض (Acute) <input type="checkbox"/> مرض مزمن (Chronic)			
ICD Code:	التصنيف الدولي للمرض:			
6 Treatment provided:	العلاج: <input type="checkbox"/> دواء <input type="checkbox"/> حقن <input type="checkbox"/> إجراء طبي <input type="checkbox"/> آخر			

If any of the following is required, please specify type of test and indication (Provide CPT Code, if agreed) يرجى تحديد الإجراء الطبي

Investigations	نوع الإجراء	CPT Code	التصنيف	Investigations	نوع الإجراء	CPT Code	التصنيف
1			4				
2			5				
3			6				

Indications: الأسباب:

I certify that I have satisfied myself by personal examination that all the foregoing statements are accurate and correct أشهد بناءً على فحصي الشخصي للمريض أن البيانات أعلاه صحيحة و دقيقة

Signature& stamp : (التوقيع) _____ Qualifications : (المؤهل) _____ Date: (التاريخ) _____

DECLARATION: I hereby consent to and authorize the attending physician to provide AL-BUHAIRA NATIONAL INSURANCE CO. with complete information, including copies of my records with reference to any sickness or accident, any treatment, examination, advice or hospitalization. Any photocopy of this authorization shall be taken as original copy.

تصريح: أنا الموقع أدناه أخول الجهة الطبية تزويد شركة البحيرة الوطنية للتأمين بكافة المعلومات الطبية أو أي تقارير طبية بخصوصي أي مرض أو حادث أو علاجات أو فحوصات أو استشارات أو استفسارات. أي نسخة عن هذا التفويض تعتبر نسخة أصلية.

Patient's signature: توقيع المريض: _____

Date of visit: تاريخ الزيارة: _____

* Form to be submitted along with the invoice