

Reimbursement Claim Application
طلب الاستعاضة النقدية

Patient Info بيانات المريض

Full Name	الاسم الثلاثي
ID No.	رقم الهوية / الإقامة
Insurance Card No.	رقم بطاقة التأمين
City	المدينة
Email	البريد الإلكتروني
Mobile No.	رقم الجوال

Employee Info معلومات الموظف

Full Name	الاسم الثلاثي
Relation to Patient	العلاقة بالمريض
Company Name	اسم الشركة

Treatment Info معلومات العلاج

Reason for payment and not using insurance	سبب الدفع وعدم استخدام التأمين
Treatment Date	تاريخ العلاج
Amount Claimed	قيمة المطالبة
Currency	العملة

Payment Info معلومات السداد

Payment Mode	طريقة الدفع
IBAN	الأيبان
Transfer	تحويلنا بصورة من الأيبان الرسمي

Patient Signature	Date:	التاريخ:	توقيع المريض
-------------------	-------	----------	--------------

All Claims should include the following documents: جميع المطالبات يجب أن تتضمن المستندات التالية:

- Original Doctor's Prescription / Medical Report
- Original Invoices
- Original Test Results (if being claimed)
- Discharge Summary (for In-Patient Claims)
- Copy of ID
- * Medical reimbursement claims only for emergency cases.
- * All claims must be sent to Amana insurance company within a maximum period of 30 days inside the Kingdom of Saudi Arabia and 60 days outside the Kingdom.

- التقرير او الوصفة الطبية الاصلية للطبيب المشخص
- الفواتير الاصلية
- النتائج الاصلية للفحوصات
- تقرير الخروج من المرفق الطبي (في حالة التنويم)
- صورة الهوية
- * الاستعاضة الطبية للحالات الطارئة فقط.
- * جميع المطالبات يجب ان ترسل لشركة التأمين في خلال مدة اقصاها 30 يوما داخل المملكة العربية السعودية و60 يوما خارج المملكة.

Insurance Company		معلومات التواصل
Customer Care Center	8001240242	مركز الاتصال والعناية بالعملاء
Telephone	011/4757700	هاتف
E-mail	med.reimbursement@amana-coop.com.sa	البريد الإلكتروني
Website	www.amana.sa	الموقع الإلكتروني