

Patient Details				تفاصيل المريض			
Name of the Insured/Employer*				إسم المؤمن عليه/صاحب العمل *			
Name of the Employee*				اسم الموظف*			
Name of the patient				إسم المريض			
Card no.*				رقم بطاقة التأمين*			
Email address*				Contact no. (mobile) *			
البريد الإلكتروني				رقم الهاتف			
Date of treatment		If hospitalised, date of admission		If hospitalised, date of discharge			
تاريخ المعالجة		تاريخ الدخول إلى المستشفى		تاريخ الخروج من المستشفى			
Chief complaints and symptoms				What date did the patient first feel same/ similar symptoms dd /mm /yy			
الشكوى والأعراض الرئيسية				متى بدأ المريض يشكو من نفس هذه الأعراض أو ما يشابهها؟ (اليوم/الشهر/السنة)			
Diagnosis				التشخيص			
				الفحوصات / الأشعة / الوصفة الطبية			
Bank Details				تفاصيل البنك			
Account name				إسم الحساب			
Account no.				رقم الحساب			
IBAN no.				رقم الإيبان			
Bank name and address				إسم وعنوان البنك			
SWIFT code				السويفت كود			
Currency				العملة			
Patient Declaration				تصريح المريض			
<p>I, the undersigned patient, patient's parent or guardian (if patient is under 16 years of age) declare that all information provided in the claim form is true and correct. This declaration gives RAKINSURANCE the permission to get all information about my claim including, but not limited to, my current medical and previous medical providers/physician, pharmacy or any other person who has provided medical services to me or my dependents. RAKINSURANCE during evaluation or after claim payment. I agree that a copy of this consent shall have the validity of the original.</p>				<p>أنا الموقع أدناه المريض أو والد المريض أو ولي أمره - (إذا كان عمر المريض أقل من 16 سنة) - أقر بأن جميع البيانات المقدمة من قبلي في هذه الإستمارة حقيقية وصحيحة. يسمح هذا التصريح لشركة رأس الخيمة الوطنية للتأمين للحصول على جميع المعلومات المتعلقة بالمطالبة الخاصة بي بما في ذلك، وليس على سبيل الحصر، الخدمات السابقة أو الحالية المزودة من مقدمي الخدمات الطبية أو الأخصائيين أو الصيدليات أو أي شخص آخر قدم خدمات طبية لي أو للمعالين من قبلي. تحتفظ شركة رأس الخيمة الوطنية للتأمين بحقها في الحصول على المستندات الأصلية في أي وقت خلال فترة التقييم أو بعد دفع المطالبة. أوافق على أن النسخة من هذه الموافقة صالحة كالنسخة الأصلية.</p>			
Name of Patient				إسم المريض			
Signature (Parent if minor)				Date			
التوقيع - توقيع الوالد (في حال كان المريض قاصر)				التاريخ			
Medical Practitioner Declaration				تصريح الطبيب المعالج			
<p>I, the undersigned, hereby declare that all information provided in correct, and that the medical services shown on this form were medically indicated and necessary for the management of this case</p>				<p>أنا الموقع أدناه أقر بأن جميع البيانات المقدمة من قبلي صحيحة، وبأن الخدمات الطبية المسجلة في هذه الإستمارة تستند على أسس طبية وتعتبر ضرورية لإدارة هذه الحالة.</p>			
Name				الإسم			
Signature and stamp				التوقيع والختم			
Tel/Fax				License no.			
رقم الهاتف/الفاكس				رقم الرخصة			
				Date			
				التاريخ			
*Mandatory field				*حق إلزامي			

1. Consultation invoice <ul style="list-style-type: none"> Consultation with breakdown if any other treatment is included with it. 		1. فاتورة الإستشارة <ul style="list-style-type: none"> الإستشارة المفصلة في حال شملت أي علاج آخر.
2. Laboratory / Radiology invoice <ul style="list-style-type: none"> Itemised breakdown of cost of laboratory tests Laboratory / Radiology reports 		2. فاتورة المختبر / الأشعة <ul style="list-style-type: none"> التكاليف المفصلة للفحوصات المخبرية. تقارير المختبر / الأشعة
3. Pharmacy invoice <ul style="list-style-type: none"> Itemised breakdown of cost of pharmacy items Prescription from treating doctor for each invoice 		3. فاتورة الصيدلية <ul style="list-style-type: none"> فاتورة الصيدلية المفصلة للأدوية. فاتورة الوصفة الطبية المقررة من الطبيب المعالج
4. Dental treatment <ul style="list-style-type: none"> Itemised breakdown of cost of consultation and dental treatment Dental treatment summary (inclusive of tooth number) 		4. معالجة الأسنان: <ul style="list-style-type: none"> التكاليف المفصلة للإستشارة الطبية ومعالجة الأسنان. ملخص العلاج (بما في ذلك عدد الأسنان)
5. Optical treatment <ul style="list-style-type: none"> Itemised breakdown of cost consultation, lens and frames Optical prescription 		5. معالجة العيون: <ul style="list-style-type: none"> التكاليف المفصلة للإستشارة الطبية والعدسات والنظارات. الوصفة الطبية للعيون
6. Maternity <ul style="list-style-type: none"> Itemised breakdown of cost of consultation, laboratory tests and in-patient services rendered Investigation reports Detailed discharge summary from hospital admission to discharge of mother Detailed discharge summary from hospital admission to discharge of baby 		6. الأمومة: <ul style="list-style-type: none"> تكاليف الإستشارة الطبية والفحوصات المخبرية والخدمات المقدمة داخل المستشفى. تقارير الفحوصات. ملخص الخروج من المستشفى بشكل مفصل (من تاريخ دخول الأم حتى تاريخ خروجها). ملخص الخروج من المستشفى بشكل مفصل (من تاريخ دخول الطفل حتى خروجه).
7. For in-patient (hospitalisation cases) <ul style="list-style-type: none"> Medical discharge report / summary stamped and signed by the treating doctor Signed and dated Original itemised bill / invoice Original prescription for medication by the treating doctor Investigation result/reports. Like diagnosis, laboratory tests, x-ray, etc. 		7. بالنسبة للمريض المقيم في المستشفى (حالات العلاج في المستشفى) <ul style="list-style-type: none"> تقرير الخروج من المستشفى / ملخص التقرير مختوم و موقع من الطبيب المعالج. الفاتورة الأصلية المفصلة موثقة بالتاريخ والتوقيع. الوصفة الطبية الأصلية للأدوية المقررة من الطبيب المعالج. تقارير /نتائج الفحوصات: كالتشخيص والفحوصات المخبرية و الأشعة السينية.
8. If claim incurred outside UAE - English/Arabic translated documents are provided		8. يجب تقديم مستندات المطالبة مترجمة باللغتين العربية والإنكليزية في حال كانت المطالبة من خارج دولة الإمارات.
9. Separate claim forms and invoices (as specified above) is submitted for each claimant		9. يتم تقديم استمارات المطالبة والفواتير (وفقاً لما ذكر أعلاه) كل على حدة ولكل مريض.
10. Is the claim within the specified cut- off period as per the policy? *		10. هل تخضع المطالبة للمدة الزمنية المحددة في الوثيقة؟
Note: <ul style="list-style-type: none"> Original invoices should be provided for reimbursement. *Within the UAE reimbursement claims should be reported to RAKINSURANCE within 60 days from the date of occurrence, and for outside of the UAE within 90 days from the date of occurrence. Please note that RAKINSURANCE requires a minimum set of information in order to be able to process your reimbursement claim. Properly documented claims will result in speeding up the claim's settlement time. 		<ul style="list-style-type: none"> ملاحظة: يجب تقديم الفواتير الأصلية في حالة المطالبة بتعويض. يجب تقديم مستندات المطالبة لشركة رأس الخيمة الوطنية للتأمين خلال 60 يوم من تاريخ توفرها في حال المعالجة داخل دولة الإمارات العربية المتحدة. وخلال 90 يوم من تاريخ توفرها في حال المعالجة خارج دولة الإمارات العربية المتحدة. تحتاج شركة رأس الخيمة إلى الحد الأدنى من المعلومات المنصوص عليها لتتمكن من متابعة العمل على المطالبة الطبية الخاصة بك. ستساعد المستندات الصحيحة والموثقة على تسريع الوقت المستنزف في تسوية المطالبة.