

استمارة مطالبة الاسترداد

١. اسم حامل البطاقة ومعلومات التواصل:

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| الاسم *: (على النحو الظاهر في البطاقة) | | | | | | | |
| رقم بطاقة ضمان: | | | | | | | |
| رقم هوية الامارات *: | | | | | | | |
| عنوان البريد الإلكتروني *: | | | | | | | |

٢. تفاصيل الحوالة البنكية:

التحويل المصرفي: (يرجى تدوين تفاصيل الحساب البنكي المطلوب تحويل المبلغ الوارد في استمارة مطالبة الاسترداد إليه).

| | |
|--|---|
| اسم المستفيد: | |
| اسم البنك/المصرف: | اسم الفرع/العنوان: |
| رقم الحساب البنكي: | رقم السويقت كود (التحويلات الدولية): |
| رقم الحساب المصرفي الدولي (IBAN): - - - - - | |

أقر هنا بتفويض الشركة الوطنية للضمان الصحي- ضمان (ش.م.ع) ("ضمان") بالدفع عبر إجراء تحويل / حوالة بنكية للمبلغ الوارد في استمارة مطالبة الاسترداد الخاصة بي. كما أقر هنا بإبراء "ضمان" من أي مسؤولية ناجمة عن تحرير الحوالة البنكي بقيمة مبلغ الاسترداد للحساب البنكي الوارد تفاصيله أعلاه بناءً على إفادتي.

٣. المعلومات الطبية:

| | |
|--|------------------------|
| تاريخ الزيارة/ الخدمة الطبية: | |
| دواعي الزيارة/ الشكوى الصحية الرئيسية: | |
| التشخيص: | |
| تفاصيل المراحل العلاجية: | |
| العملة الأجنبية (في حال الاستفادة من الخدمة العلاجية خارج الدولة): | إجمالي المبلغ المدفوع: |

٤. قائمة المستندات المطلوبة- يرجى التأكد من تقديم جميع المستندات الواردة أدناه قبل الشروع في تقديم الاستمارة: (ونوه بأن عدم تقديم المستندات الواردة أدناه قد يؤدي إلى رفض أو التأخر في التعامل مع المطالبة على النحو المطلوب).

تقديم فواتير المطالبة بحيث يظهر فيها الخدمات العلاجية مفصلة مع بيان تكلفة كل خدمة طبية على حدا. كما يجب أن تعكس المطالبة تأكيد الدفع أو تقديم إيصال مرافقة لتأكيد الدفع.

Invoices/bills with a breakdown of each medical service and its unit cost. It must show a confirmation of payment or a corresponding receipt.

التقرير الطبي الكامل/ تقرير خروج المريض أوشرح و دقيق عن المرض/العرض الطبي (التشخيص) أو وصف للأعراض الصحية مدون من قبل الطبيب:

Complete Medical Report/ discharge summary or a precise identification of the illness (diagnosis) or description of the symptoms by the doctor

الوصفة الطبية الخاصة بالأدوية الموصوفة أو الأجهزة الطبية المطلوبة.

Prescription(s) for medications and medical appliances

٥. الشروط والأحكام/ الموافقة

أوافق على الشروط والأحكام الواردة في هذه الاستمارة ويُقصد بذلك الشروط والأحكام الواردة في الصفحة التالية (٢).

أفوض هنا السيد/ السيدة/ الشركة باستلام المعلومات الطبية المتعلقة بالمطالبة الطبية من ضمان بالنيابة عني.

التاريخ

التوقيع

اسم حامل بطاقة التأمين/ الوصي القانوني/ الممثل القانوني

الشروط والأحكام:

أقرنا هنا بأن جميع المعلومات الواردة هنا "صحيحة" و"حقيقية" وأنه قد تم تقديم هذه المطالبة لاسترداد التكاليف العلاجية التي قمت بسدادها في مقابل الخدمات العلاجية التي تلقيتها للحالة الطبية المشمولة في التغطية التأمينية وفق الوثيقة الخاصة بي.

أوافق أنا هنا على تفويض أي طبيب/ مستشفى/ عيادة أو مزود رعاية صحية وأي شركة التأمين وأي شركة أخرى ومؤسسة أو أي شخص آخر في حوزته أي سجلات/معلومات خاصة بي و/أو أحد أفراد أسرتي بإحالة المعلومات/السجلات كاملة إلى "ضمان" بما في ذلك نسخ من السجلات الطبية المتعلقة بمرض أو حادث معين، أو علاج أو فحص طبي أو استشارة طبية أو إقامة في المستشفى أو أي نوع من المعلومات قد تطلبها "ضمان".

وأقر هنا بأن المعلومات الواردة هنا "سليمة" و"حقيقية" بحسب علمي. وأنفهم بأن الأشخاص الذين يتعمدون تقديم كشوف/بيانات مضرلة أو خاطئة بغرض الحصول على مبالغ الاسترداد من ضمان سيكونوا عرضة لغرامات مالية و/أو عقوبة الحبس بموجب القوانين السارية في دولة الإمارات العربية المتحدة.

وأفهم تماماً أنه في حالة عدم رضاي عن طريقة تسوية/ التعامل مع مطالبة الاسترداد المقدمه من قبلي، فعلي التواصل مع "ضمان" خلال ١٨٠ يوم من تاريخ استلام إشعار الدفع أو خطاب الرفض.

وأوافق بأنه في حالة تحصيل مبلغ الاسترداد الوارد في استمارة المطالبة، فيجب على تسليم المستندات الأصلية التي في حوزتي إلى ضمان مع عدم الشروع في تقديم أي مطالبات أخرى لضمان تتعلق بهذه المستندات.

كما أتعهد بعدم قيام أي شخص أو جهة بمطالبة "ضمان" في المستقبل بدفع مبلغ الاسترداد الوارد في مطالبة الاسترداد الخاصة بي. وأقر بأن "ضمان" غير مسؤوله في حال تقدم أي شخص بمطالبة سداد مبلغ الاسترداد الخاص بمطالبي في المستقبل. كما أبرئ وأخلي ساحة ضمان ومدرائها والمسؤولين والموظفين والوسطاء وممثلها والورثة وأصحاب الحقوق من دفع أي تكاليف مباشرة أو غير مباشرة أو مصاريف أو تعويض الخسائر الناجمة عن أو المترتبة على مبلغ الاسترداد أو مطالبة الاسترداد الخاصة بي.

ملحوظات هامة:

نحنكم على تقديم جميع المعلومات المطلوبة والموضحة أعلاه مشفوعه بأي مستندات ذات صلة تؤيد مطالبكم بما في ذلك أي تقارير فحوصات تشخيصية أو نتائج فحوصات مختبرية أو أي مستندات ثبوتية تتعلق بمطالبات الاسترداد للخدمات العلاجية المستفاد منها خارج الدولة أثناء السفر، إلى غير ذلك.

وننوه بأنه يجب تقديم المستندات الداعمه المطلوبه باللغة العربية أو اللغة الإنجليزية. إلا أننا نحرص على توفير الكوادر/ الإمكانيات اللازمة لاستيعاب أي مطالبات تقدم بلغات أجنبية أخرى. إلا أنه قد يتم مطالبكم بترجمة المستندات المطلوبة من قبل مترجم متخصص.

كما يجب تقديم جميع مطالبات الاسترداد خلال ١٨٠ يوم من تاريخ تقديم الخدمة الطبية.

رجاء قم بتقديم المطالبات المالية في المستقبل عن طريق موقع ضمان الالكتروني أو تطبيق ضمان

لأسئلة أو المساعدة في تعبئة الطلب، يرجى التواصل معنا على customerinfo@damanhealth.ae

او على الأرقام المدونه أدناه:

داخل الدولة: 600 5 32626

خارج الدولة: +971 2 6149555