

نموذج المطالبة بالتعويض

Reimbursement Claim Form

Section A : Terms & Conditions

القسم "أ": الشروط والأحكام العامة

- All claims reimbursement amounts will be transferred to registered IBANs. (Not cheque or direct payment). If you need to update your IBAN, please update it online or complete and submit the IBAN Update Form and send to customer care at customer.care@bupa.com.sa
- Non-submission of required documents (Section D) is the main reason of delay/rejection of claims
- All invoices must comply with the proof of payment requirements (see below)
- Any manual modification or alteration on the invoice will cause a rejection of the submitted claim.
- Bupa Arabia has all the rights to request for original documents for any submitted claim when deemed necessary.
- All claim documents must be in Arabic or English only. If your documents are in any other language, please translate them prior to submission
- Bupa will only accept services done within **90** days from the treatment date, unless stated otherwise in your contract
- Missing or pending documents should be submitted within the contractually agreed submission protocol online or through customer care at customer.care@bupa.com.sa or by calling **800 244 0307**
- The reimbursed amount will be based on the contractual prices of the same service agreed on between Bupa Arabia and the providers of your network. For more information, please refer to the member guide or bupa.com.sa
- You will receive updates on your claim status via SMS. Please ensure that your mobile number is updated, or update it through bupa.com.sa.
- You may also check your claim status through your Mobile application or by logging on to bupa.com.sa or calling Customer Services at **800 244 0307**

- سيتم تحويل جميع المبالغ المستردة للمطالبات إلى رقم الحساب المصرفي الدولي (IBAN) المسجل لدينا. (لن يتم الدفع عن طريق الشيكات البنكية أو الدفع النقدي المباشر). إذا كنت بحاجة إلى تحديث رقم الحساب المصرفي الدولي الخاص بك، يرجى تحديثه عبر الوسائل الإلكترونية أو إكمال وتقديم نموذج تحديث رقم الحساب المصرفي الدولي (IBAN) (متاح عبر الإنترنت) و إرساله إلى customer.care@bupa.com.sa
- عدم تقديم المستندات المطلوبة (القسم د) هو السبب الرئيسي لتأخير / رفض المطالبات.
- يجب أن تتوافق جميع الفواتير مع متطلبات إثبات الدفع (التفاصيل أدناه)
- أي تعديل يدوي أو تعديل على الفاتورة سوف يؤدي إلى رفض المطالبة المقدمة
- يحق لبوبا العربية طلب الأصول لأى مطالبة مقدمة.
- يجب أن تكون جميع مستندات المطالبة باللغة العربية أو الإنجليزية فقط. إذا كانت مستنداتك بأي لغة أخرى، فالرجاء ترجمتها قبل تقديمها
- تقبل بوبا العربية فقط الخدمات التي تمت في غضون **90** يوماً من تاريخ العلاج، ما لم ينص على خلاف ذلك في العقد
- يجب تقديم المستندات الناقصة أو المطلوبة في الفترة المتفق عليها طبقاً للعقد عبر الوسائل الإلكترونية أو عن طريق خدمة العملاء إلى customer.care@bupa.com.sa أو بالاتصال على **٨٠٠ ٢٤٤ ٠٣٠٧**
- يعتمد المبلغ المسترد على الأسعار التعاقدية لنفس الخدمة المتفق عليها بين بوبا العربية وموفري الخدمة الطبية المدرجة في الشبكة الطبية المتفق عليها مع شركتكم. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى دليل الأعضاء أو bupa.com.sa
- ستتلقى تحديثات حول حالة مطالباتك عبر الرسائل القصيرة. يرجى التأكد من تحديث رقم هاتفك المحمول، أو تحديثه من خلال bupa.com.sa
- يمكنك أيضاً التحقق من حالة المطالبة خاصتك عن طريق تطبيق الجوال أو الدخول إلى (www.bupa.com.sa) أو التواصل مع خدمة العملاء على الرقم **٨٠٠ ٢٤٤ ٠٣٠٧**

Section B: Claimant Information

القسم "ب": معلومات حول المتقدم بالطلب

B.1 Membership Number

ب.١ رقم العضوية

B.2 Member's Name

(As it appears on your membership card)

ب.٢ اسم العضو
(كما هو مبين في بطاقة العضوية)

B.3 Company Name

(As it appears on your membership card)

ب.٣ اسم الشركة
(كما هو مبين في بطاقة العضوية)

B.4 Mobile Number

This mobile number is used only to contact you in case we find issues with your submitted claim. Kindly note this in not for system update.

ب.٤ رقم الجوال

نستخدم رقم الجوال هذا للاتصال بك في حال وجدنا أي مشاكل فيما يتعلق بالمطالبة التي تقدمت بها. ملاحظة: لا نستخدم هذا النموذج لتغيير رقم الجوال المسجل حالياً لدينا.

Section C: Invoice Details

القسم "ج": معلومات مهمة

Note:	Currency	العملة	Total Amount	المجموع الكلي
For multiple currencies, please ensure to sum (add) all invoices per currency.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ملاحظة:

الرجاء التأكد من جمع قيمة كل الفواتير بالعمله المحدده.

Section D : Required Documents for Submitting Claims

قسم (د) المستندات المطلوبة لتقديم المطالبة

Use one claim form for each claim type and each hospital visit. Please tick the claim type box & ensure to submit all listed documents.

يرجاء استخدام نموذج مختلف لكل حالة تنويم و لكل زيارة للمستشفى. فضلاً و ضع علامة على نوع المطالبة و التأكد من ارفاق كل المستندات المذكورة.

Inpatient

Use one claim form for each claim type and each hospital or clinic visit.

- Official invoice with cost break-up of each service
- Proof of payment (Section E)
- Detailed medical discharge report
- Imaging results (if applicable)
- Laboratory results (if applicable)
- Official invoice for organ/device transplanted or inserted (stents, IOL, organ, etc.)

حالات التنويم

يرجاء استخدام نموذج مختلف لكل حالة تنويم و لكل زيارة للمستشفى أو للعيادة .

- فاتورة المستشفى النهائية الرسمية مع تفصيل التكلفة لكل خدمة تم إجرائها
- سند قبض رسمي / إيصال دفع رسمي / إثبات دفع (قسم هـ)
- تقرير طبي مفصل و الذي يتم تقديمه للمريض عند الخروج النهائي من المستشفى
- نتائج التصوير بالأشعة السينية، أو الطبقية، أو الرنين المغناطيسي (إذا تم إجرائها)
- نتائج المختبر (إذا تم إجرائها)
- الفاتورة الأصلية للعضو / الجهاز المزروع (الدعامه، شبكة، عدسة العين المزروعة، الخ) (إذا تم إجرائها)

Outpatient / Other

- Official itemized invoice clarifying each service and its price
- Proof of payment (Section E)
- Laboratory results (if applicable)
- Imaging results (if applicable)
- Doctor prescription mentioning the diagnosis (if medication is prescribed)

العيادات الخارجية / اخرى

- فاتورة رسمية تفصل الخدمات الطبية و تكلفة كل خدمة
- سند قبض رسمي / إيصال دفع رسمي / إثبات دفع (قسم هـ)
- نتائج المختبر (إذا تم إجرائها)
- نتائج التصوير الأشعة السينية، أو الطبقية، أو الرنين مغناطيسي (إذا تم إجرائها)
- وصفة الطبيب مع ذكر التشخيص إذا تم وصف دواء

الأسنان

Dental

Use one claim form for each claim type and each hospital or clinic visit.

- Official invoice itemizing the dental procedure(s) with tooth number and cost for each procedure
- Proof of payment (Section E)
- Panoramic x-ray/bite wing x-ray (if applicable)

Optical

Use one claim form for each claim type and each hospital or clinic visit.

- Official invoice specifying the cost of lenses and cost of frame separately
- Proof of payment (Section E)
- Original eye test from Bupa Arabia network of providers or from an ophthalmologist (not an optometrist)

Physiotherapy, Autism and Speech Therapy

- Diagnostic medical report and treatment plan from an MOH registered provider (with specialty in Orthopedics, Neurology, Rheumatism).
- Progress report after end of sessions with the treating doctor's note, updated maximum every 6-sessions clarifying the progress of the treatment.
- Diagnostic medical report and treatment plan from an MOH registered provider (Senior registrar or consultant Psychiatrist or Consultant pediatrician with specialty in developmental disease and autism).
- Progress report after end of sessions with the treating doctor's note, updated maximum every 6-month clarifying the progress of the treatment.
- Official invoices detailing the type and number of sessions and cost for each session.
- Attendance chart detailing date for each session with the provider stamp.

Note: invoices for package/multiple sessions should only be submitted once all sessions mentioned in the invoice have been completed.

Medication

- Official invoice detailing the cost for each medication (mentioning member's name and date)
- Proof of payment (Section E)
- Doctor's prescription mentioning the diagnosis

برجاء استخدام نموذج مختلف لكل حالة تويوم و لكل زيارة للمستشفى أو للعيادة .

- فاتورة رسمية تفصيلية توضح الاجراء و رقم الصرس او السن و التكلفة لكل اجراء
- سند قبض رسمي / إيصال دفع رسمي / إثبات دفع (قسم هـ)
- الأشعة السينية البانورامية / الأشعة السينية العادية او تقرير عنها (إذا تم اجرائها)

النظر

برجاء استخدام نموذج مختلف لكل حالة تويوم و لكل زيارة للمستشفى أو للعيادة .

- فاتورة رسمية تحدد تكلفة العدسة وتكلفة الإطار
- سند قبض رسمي / إيصال دفع رسمي / إثبات دفع (قسم هـ)
- فحص للعين أصلي من مقدمي بوبا العربية أو من طبيب العيون (لن يقبل فحص من أخصائي بصريات)

العلاج الطبيعي ، علاج التوحد، جلسات التخاطب

- تقرير طبي تشخيصي وخطة علاج من مزود خدمة مسجل بوزارة الصحة بصفة طبيب متخصص في امراض العظام أو الأعصاب أو الروماتيزم.
- تقرير متابعة محدث لتقدم العلاج الطبيعي من الطبيب المتخصص بعد كل 6 جلسات بحد أقصى.
- تقرير طبي تشخيصي وخطة علاج من مزود مسجل بوزارة الصحة من نائب أول أو استشاري طبيب نفسي أو طبيب أطفال استشاري متخصص في أمراض النمو والتوحد.
- تقرير متابعة محدث بعد جلسات أمراض النمو والتوحد بحد أقصى كل 6 أشهر لتقديم العلاج من الطبيب المتخصص أو الاستشاري المعالج.
- فواتير رسمية توضح نوع وعدد الجلسات والتاريخ وتكلفة كل جلسة.
- جدول الحضور يفصل تاريخ كل جلسة تم إجرائها مضمون من مزود الخدمة.

ملاحظة: لا يتم تعويض مطالبات العلاج الطبيعي إلا بعد انتهاء الجلسات بالكامل و لن يتم الدفع مقدما

الأدوية

- فاتورة رسمية تفصل اسم الدواء وتكلفة الدواء (تأكد من ذكر الاسم والتاريخ في الفاتورة)
- سند قبض رسمي / إيصال دفع رسمي / إثبات دفع (قسم هـ)
- وصفة الطبيب مع توضيح التشخيص

Section E: Acceptable Receipts or Proof of Payment

قسم (هـ) إيصال الفاتورة أو إثبات الدفع المقبول

A receipt is an official document issued by the provider that must contain:

إيصال الفاتورة هو وثيقة رسمية صادرة عن موفر الخدمة الذي يحتوي على:

- Name of provider, address and contact details
- Treatment date
- Invoice number
- Detailed description of service
- Amount for each service separately and the total amount of all services
- Amount paid
- Balance/remaining amount (if any)
- Type of payment (cash, cheque, credit card)
- Physiotherapy and or any multiple session Invoices should only be submitted once all sessions mentioned in the invoice have been completed.

For treatment availed outside KSA a copy of passport showing entry and re-entry to KSA.

KSA receipts should follow the local VAT format requirements. (For more information, please visit www.vat.gov.sa) International invoices should comply with the foreign country's invoicing laws.

A proof of payment may include (1) Cash payment receipts, (2) (point-of-sale) receipts (if paying through credit card or SPAN), or (3) bank statement (if paying through online or bank transfers). Any transactional bank statement should include the name of the provider and the amount debited; confidential information should be censored.

Invoices and proof of payments written on doctor's prescription or unofficial papers are not accepted. Invoices must be electronic or have an official serial number.

- اسم مقدم الخدمة والعنوان وتفاصيل الاتصال
- تاريخ المعاملة
- رقم الفاتورة
- وصف تفصيلي للخدمة
- المبلغ لكل خدمة و الإجمالي
- المبلغ المدفوع
- الرصيد المتبقي، إن وجد
- طريقة الدفع - نقدا، شيك، بطاقة الائتمان
- لا يتم تقديم الدفع لمطالبات العلاج الطبيعي أو فواتير أي جلسات متعددة إلا بعد انتهاء الجلسات بالكامل و لن يتم الدفع مقدما.

للمطالبات من خارج المملكة يجب ارفاق نسخة عن جواز السفر موضحة تاريخ الدخول و الخروج أو أي إثبات آخر.

يجب أن تشمل إيصال الفاتورة في المملكة العربية السعودية متطلبات ضريبة القيمة المضافة. (لمزيد من المعلومات يرجى زيارة www.vat.gov.sa). يجب أن تتوافق الفواتير الدولية مع قوانين البلد الصادر منه الفاتورة.

إثبات الدفع يشمل (1) إيصال دفع او سند قبض اذا كانت طريقة الدفع نقدا، (2) إيصال نقاط البيع اذا كان الدفع عن طريق بطاقة الائتمان أو سببان (3) كشف حساب البنك اذا كان الدفع عن طريق الانترنت أو التحويلات المصرفية. يجب أن تتضمن معاملة كشف الحساب المصرفي اسم مقدم الخدمة و المبلغ المخصوم. يجب إخفاء المعلومات السرية.

لن يتم قبول الفواتير وإثباتات الدفع المكتوبة على الوصفات الطبية أو أي أوراق غير رسمية. الفواتير المقدمة يجب أن تحتوي على رقم تسلسلي رسمي.

Section F: Declaration

قسم (و) الإقرار

I, the undersigned, declare that the information above is correct and that reimbursement requested is for expenses paid by me for the treatment of my covered condition. I hereby authorize Bupa Arabia to pay the eligible expenses directly to the main member of the policy and in local currency (SAR).

أنا الموقع أدناه، أقر بأن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وأن التعويض الذي أطلب به هو بهدف تغطية النفقات التي دفعتها لعلاج حالتي المؤمن عليها، وأفوض بموجب شركة بوبا العربية للتأمين التعاوني بدفع النفقات المستحقة مباشرة إلى عضو وثيقة التأمين الرئيسي وبالعملة المحلية (ريال سعودي)

I hereby authorize any doctor, hospital, medical provider, insurance company or any other company, institution, or other person (who has any record or information about me and/or any of my family members) to provide Bupa Arabia for Cooperative Insurance with the complete information, including copies of their records with reference to any sickness, accident, treatment, examination, advice, hospitalization, or any other required information.

وأفوض بموجب أي طبيب أو مستشفى أو عيادة أو مقدم خدمات طبية أو أي شركة تأمين أو أي شركة أخرى أو منشأة أو أي شخص آخر لديه أي سجل أو معلومات عني و /أو أي من أفراد عائلتي بتزويد شركة بوبا العربية بالمعلومات الكاملة، بما في ذلك نسخة من السجلات التي يملكونها مع الإشارة إلى أي مرض أو حادث أو أي علاج أو فحص أو استشارة أو استشفاء أو أي معلومات أخرى تطلبها الشركة.

I am fully aware that any person who intentionally makes any false and/or misleading statement and/or information to obtain reimbursement from Bupa Arabia is subject to penalization.

إنني أدرك تماما أن أي شخص يقدم عمداً أي بيان كاذب و /أو مضل و /أو معلومات خاطئة للحصول على تعويض من شركة بوبا العربية يتعرض لعقوبات جزائية.

Name	الاسم	Signature	التوقيع	Date