

نموذج المطالبة بالتعويض

Reimbursement Claim Form

Section A : Important Information

القسم "أ": معلومات مهمة

- All claims reimbursement amounts will be transferred to registered IBANs. (Not cheque or direct payment.) If you need to update your **IBAN**, please complete and submit the **IBAN Update Form** together with this. (Available also online and attached to your member guide booklet)
- 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 (Section E)
- Any manual modification or alteration on the invoice will cause a rejection of the submitted claim.
- 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
- The reimbursed amount will be based on the 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**, Bupa Arabia. mobile app, or by sending an **SMS** with only your membership number to **055022700**
- You may also check your claim status by logging on to **bupa.com.sa** or calling Customer Services at **800 244 0307**
- For treatment availed outside KSA a copy of passport showing entry and re-entry to KSA.

- 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 إكمال وتقديم نموذج تحديث رقم الحساب المصرفي الدولي (IBAN) وإرفاقه مع هذا النموذج (متاح أيضًا عبر الإنترنت ومرفق بكتيب دليل الأعضاء الخاص بك)
- عدم تقديم المستندات المطلوبة (القسم د) هو السبب الرئيسي لتأخير / رفض المطالبات.
- يجب أن تتوافق جميع الفواتير مع متطلبات إثبات الدفع (القسم هـ)
- أي تعديل يدوي أو تعديل على الفاتورة سوف يؤدي إلى رفض المطالبة المقدمة
- 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** يومًا من تاريخ العلاج، ما لم ينص على خلاف ذلك في العقد
- يعتمد المبلغ المسترد على أسعار نفس 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**. تطبيق بوبا العربية للجوالات الذكية، أو عن طريق إرسال رسالة **SMS** فقط مع رقم عضويتك إلى **055022700**
- يمكنك أيضًا التحقق من حالة المطالبة خاصتك عن طريق الدخول إلى **bupa.com.sa** أو التواصل مع خدمة العملاء على الرقم **800 244 0307**
- للمطالبات من خارج المملكة يجب إرفاق نسخة عن جواز السفر موضحة تاريخ الدخول والخروج أو أي إثبات آخر.

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 تستخدم هذا النموذج لتغيير رقم الجوال المسجل حالياً لدينا.

Section C: Invoice Details

القسم "ج": معلومات مهمة

| | Currency | العملة | Total Amount | المجموع الكلي |
|--|----------|--------|--------------|---------------|
| Note: | | | | |
| For multiple currencies, please ensure to sum (add) all invoices per currency. | | | | |
| | | | | |

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 تويوم و لكل زيارة للمستشفى. فضلا وضع علامة على نوع المطالبة و التأكد من ارفاق كل المستندات المذكورة.

Inpatient

- 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 التويوم

- 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 الطبقيّة، أو الرنين المغناطيسي (إذا تم إجرائها)
- نتائج المختبر (إذا تم إجرائها)
- الفاتورة الأصلية للعضو / الجهاز المزروع (الدعامة، شبكة، عدسة العين المزروعة، الخ) (إذا تم إجرائها)

Outpatient

- 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

- 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 الطبقيّة، أو الرنين مغناطيسي (إذا تم إجرائها)
- وصفة الطبيب مع ذكر التشخيص اذا تم وصف دواء

□ Dental

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

□ Optical

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

□ Physiotherapy, Autism and Speech Therapy

1. Official invoices detailing the number of sessions and cost for each session
2. Proof of payment (Section E)
3. Medical report justifying the need for physiotherapy
4. Physiotherapy or attendance chart detailing date for each session with member's name
5. Progress report after each session with the treating doctor's notes

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

□ Medication

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

□ الأسنان

1. فاتورة رسمية تفصيلية توضح الاجراء و رقم الضرس او السن و التكلفة لكل اجراء
2. سند قبض رسمي / ايصال دفع رسمي / إثبات دفع (قسم هـ)
3. الأشعة السينية البانورامية / الأشعة السينية العادية او تقرير عنها (إذا تم اجرائها)

□ النظر

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

□ العلاج الطبيعي ، علاج التوحد، جلسات التخاطب

1. فاتورة رسمية تفصل عدد الجلسات والتكلفة لكل جلسة تم اجرائها
2. سند قبض رسمي / ايصال دفع رسمي / إثبات دفع (قسم هـ)
3. تقرير طبي يوضح الحاجة للعلاج الطبيعي
4. جدول الحضور يفصل بتاريخ كل جلسة تم اجرائها موقع من العميل
5. تقرير متابعة بعد كل جلسة مدون عليه ملاحظات الطبيب المعالج

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

□ الأدوية

1. فاتورة رسمية تفصل اسم الدواء وتكلفة الدواء (تأكد من ذكر الاسم والتاريخ في الفاتورة)
2. سند قبض رسمي / ايصال دفع رسمي / إثبات دفع (قسم هـ)
3. 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:

1. Name of provider, address and contact details
2. Treatment date
3. Invoice number
4. Detailed description of service
5. Amount for each service separately and the total amount of all services
6. Amount paid
7. Balance/remaining amount (if any)
8. Type of payment (cash, cheque, credit card)

1. اسم مقدم الخدمة والعنوان وتفاصيل الاتصال
2. تاريخ المعاملة
3. رقم الفاتورة
4. وصف تفصيلي للخدمة
5. المبلغ لكل خدمة و الإجمالي
6. المبلغ المدفوع
7. الرصيد المتبقي، إن وجد
8. طريقة الدفع - نقداً، شيك، بطاقة الائتمان

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.

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.

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.

إثبات الدفع يشمل (1) إيصال دفع أو سند قبض إذا كانت طريقة الدفع نقداً، (2) إيصالات نقاط البيع إذا كان الدفع عن طريق بطاقة الأتمان أو سبان (3) كشف حساب البنك إذا كان الدفع عن طريق الانترنت أو التحويلات المصرفية. يجب أن تتضمن معاملة كشف الحساب المصرفي اسم مقدم الخدمة و المبلغ المخصص. يجب إخفاء المعلومات السرية.

يجب أن تشمل إيصالات الفواتير 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.

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 بموجبه 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 بموجبه أي طبيب أو مستشفى أو عيادة أو مقدم خدمات طبية أو أي شركة تأمين أو أي شركة أخرى أو منسأة 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 تماماً أن أي شخص يقدم عمداً أي بيان كاذب و/أو مصلل و/أو معلومات خاطئة للحصول على تعويض من شركة بوبا العربية يتعرض لعقوبات جزائية.

Name

الاسم

Signature

التوقيع

Date

التاريخ