

## Claim Reimbursement Request - Balsam/ طلب تسديد مطالبة على عقد الضمان - بلسم

الرجاء قراءة التالي بعناية، إكمال تفاصيل كل المعلومات الناقصة، وضع علامة  في المربعات المناسبة وإعادة هذا الطلب إلى شركة أليانز سنا

Please read the following carefully, complete in details all relevant information, tick  the relevant boxes and return this Request to Allianz SNA

### To be completed by the policyholder

تملاً من قبل المتعاقد

إسم المتعاقد بالكامل Policyholder Full Name	Pin
إسم المريض بالكامل Patient Full Name	رقم البوليصة Policy No.
طبيعة المرض أو الإصابة Nature of Illness or Injury	متى ظهر؟ التاريخ When Did it Begin? Date / /

List of any previous Claim related to the same case if any	حدد المطالبات السابقة (إذا وجدت) المتعلقة بنفس الحالة
--	---

Reasons for settling the bills directly to the HCP	الأسباب التي دفعتكم الى تسديد الفواتير مباشرةً من قبلكم
--	---

نوع وتاريخ المطالبة Nature & Date of Claim / /	إستشفاء <input type="checkbox"/> In-Hospital	فحوصات خارجية <input type="checkbox"/> Ambulatory
---	---	--

Documents Requested:				المستندات المطلوبة
تقرير الطبيب المعالج Physician's Treating Report <input type="checkbox"/>	نسخة عن الفحوصات الطبية والنتائج Copies of Medical reports & Results <input type="checkbox"/>	الفواتير الأصلية والإيصالات Original Bills & Receipts <input type="checkbox"/>	تقرير المخالصة Discharge Report <input type="checkbox"/>	

إني أسمح بتسليم أية معلومات أو وثائق طبية ضرورية لحل هذه المطالبة دون أي قيد أو تراجع  
I irrevocably authorize release of any medical information or documents necessary to process this claim

الإسم والتوقيع / Name & Signature	التاريخ / Date / /
--------------------------------------	-----------------------

### To be completed by Allianz SNA

تملاً من قبل أليانز سنا

Claim No.	Reception Date / /	Agent's Name	Code
-----------	--------------------	--------------	------

Remarks .....

.....

.....

### To be completed by NEXtCARE

تملاً من قبل نكستكير / NEXtCARE

Approved  Partially Declined  Totally Declined

Assessment .....

Medical Audit Signature / Date / / Reception Date / / / Settlement Date / / /

Date	Service/FOB	Claimed Amount	Beneficiary Share	Approved Amount	Declined Reasons
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
Total					

	NEXtCARE Auditor	NEXtCARE Processor	Allianz SNA Approval	
Signature			Signature	
Date			Date	