شركة إم إس إيتش المحدودة
MSH Dubai Ltd

نموذج بطالبة
CLAIM FORM

التسديد المؤجل
REIMBURSEMENT

عزيزي الطبيب : من أجل المباشرة باعتماده هذه الحالة، يرجى منك تقديم المعلومات التالية والتي سيتعامل معها فريقنا الطبي بسرية تامة.

Dear Physician, In order to proceed with the assessment of this claim, please provide the following information which will be handled with strict confidentiality by our medical team.

SECTION I - DETAILS OF PATIENT - TO BE COMPLETED BY THE CARD HOLDER
القسم الأول – بيانات الشخص / المريض المؤمن – يتم تعبئتها كاملاً من قبل حامل البطاقة

اسم المريض PATIENT NAME		رقم البطاقة CARD NO.	
البريد الإلكتروني EMAIL		الهاتف TEL	

SECTION II - CLAIMS SETTLEMENT - TO BE FULLY COMPLETED BY THE CARD HOLDER TO COMPLETE AN INTERNATIONAL TRANSFER
القسم الثالث – تسوية المطالبات – يتم تعبئتة كاملاً من قبل حامل البطاقة من أجل إنجاز التحويل الدولي

PAYMENT METHOD طريقة الدفع ☐ CHEQUE شيك ☐ TRANSFER حوالة

		العملة CURRENCY	

IF FIRST REQUEST FOR TRANSFER OR NEW ACCOUT, PLEASE PROVIDE FULL DETAILS: إذا كان طلب التحويل لأول مرّة أو لحساب جديد، فيرجى تقديم تفاصيل وافية:

اسم البنك BANK NAME		عنوان البنك BANK ADDRESS	
رقم الحساب ACCOUNT NO.		رمز سويفت SWIFT CODE	

SECTION II - MEDICAL INFORMATION - TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN
القسم الثالث – المعلومات الطبية (يملؤها الطبيب)

تاريخ تقديم الخدمة DATE OF SERVICE		اسم المركز FACILITY	

PRESENTING COMPLAINTS WITH DIAGNOSIS — الشكاوى الظاهرة والتشخيص

MEDICAL DESCRIPTION OF CURRENT CONDITION — التوصيف الطبي للحالة الحالية

DESCRIPTION OF INVESTIGATION / TREATMENT PRESCRIBED - PLEASE ATTACH ALL REPORTS — توصيف الفحوصات/المعالجة الموصوفة

SECTION IV - PHYSICIAN DECLARATION
القسم الرابع – إقرار الطبيب

I declare the information given are to the best of my knowledge true and correct

DATE التاريخ SIGNATURE التوقيع STAMP الختم

SECTION IV - PATIENT DECLARATION
القسم الخامس – إقرار المريض

أوافق على قيام الطبيب أو المستشفى أو المختبر أو أي شخص قدم لي خدمات طبية برونير وشركة ام اس إيتش المحدودة بالمعلومات المتعلقة باي سيرة مرضية أو حالة طبية أو خدمات طبية.

I hereby authorize the Physician, Hospital, Laboratory, Pharmacy or any person who has provided medical services to me to furnish MSH (Dubai) Ltd information with regards to any medical history, medical condition or medical services

DATE التاريخ SIGNATURE التوقيع

مخصص لاستعمال شركة ام إس إيتش
Reserved to MSH

ام اس ايتش دبي – ص. ب ٥٠٦٥٣٧، دبي، ا.ع.م.، تليفون : ١٣٤٦ ٣٦٥ ٤ ٩٧١+، فاكس : ٩٢٦٤ ٤٢٨ ٤ ٩٧١+، البريد الإلكتروني : libyaadmin@msh-gulf.com
MSH (Dubai) Limited - PO Box 506537, Dubai, UAE - Tel: +971 4 365 1346 - Fax: +971 4 428 9264 - E-mail: libyaadmin@msh-gulf.com