

استمارة مطالبة التعويض

1. اسم حامل البطاقة ومعلومات التواصل:									
الاسم*: (على النحو الظاهر في البطاقة)									
رقم بطاقة ثقة:									
رقم هوية الامارت*:									
رقم الموبايل: *									
عنوان البريد الإلكتروني									
2. 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.									
3. 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:				
4. قائمة المستندات المطلوبة- يرجى التأكد من تقديم جميع المستندات الواردة أدناه قبل الشروع في تقديم الاستمارة: (وننوه بأن عدم تقديم المستندات الواردة أدناه قد يؤدي إلى رفض أو التأخر في التعامل مع المطالبة على النحو المطلوب) .									
<input type="checkbox"/> تقديم فواتير مفصلة بحيث يظهر فيها الخدمات العلاجية مجزئه مع بيان تكلفة كل خدمة طبية على حدا. كما يجب أن تعكس المطالبة تأكيد الدفع أو تقديم إيصالات مرافقة لتأكيد الدفع.									
<input type="checkbox"/> التقرير الطبي الكامل/ تقرير خروج المريض أوشرح موجز و دقيق عن المرض/العرض الطبي (التشخيص) أو وصف للأعراض الصحية مدون من قبل الطبيب:									
<input type="checkbox"/> الوصفة الطبية الخاصة بالأدوية الموصوفة أو الأجهزة الطبية المطلوبة.									
الشروط والأحكام/ الموافقة									
<input type="checkbox"/> أوافق على الشروط والأحكام الواردة في هذه الاستمارة (ويُقصد بذلك الشروط والأحكام الواردة في الصفحة التالية (2)).									
<input type="checkbox"/> أفوض هنا السيد/ السيدة/ الشركة باستلام المعلومات الطبية المتعلقة بالمطالبة الطبية من ضمان بالنيابة عني.									
اسم حامل بطاقة التأمين/ الوصي القانوني/ الممثل القانوني			التوقيع			التاريخ			

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 "ثقة".

وأقر هنا بأن المعلومات الواردة هنا "سليمة" و"حقيقية" بحسب علمي. وأتفهم بأن الأشخاص الذين يعتمدون 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 180 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 بهذا المستندات.

كما أتعهد بعدم قيام أي شخص أو جهة بمطالبة "ثقة" في المستقبل بدفع مبلغ الاسترداد الوارد في مطالبة الاسترداد الخاصة بي. وأقر بأن "ضمان" غير مسؤول في حال تقدّم أي شخص بمطالبة سداد مبلغ الاسترداد الخاص بمطالبي في المستقبل. كما أبرئ وأخلي ساحة ضمان ومدراءها والمسؤولين والموظفين والوسطاء وممثليها 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:

نحثكم على تقديم جميع المعلومات المطلوبة والموضحة أعلاه مشفوعه بأي مستندات ذات صلة تؤيد مطالبكم بما في ذلك أي تقارير فحوصات تشخيصية أو نتائج فحوصات مخبرية 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 مطالبتكم بترجمة المستندات المطلوبة من قبل مترجم متخصص.

كما يجب تقديم جميع مطالبات الاسترداد خلال 180 يوم من تاريخ تقديم الخدمة الطبية

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

رجاء قم بتقديم المطالبات المالية في المستقبل عن طريق موقع ثقة الالكتروني أو تطبيق ثقة من خلال الرابط <https://www.thiqa.ae>

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

او على الأرقام المدوّنه أدناه:

داخل الدولة: 600 5 32626

خارج الدولة: +971 2 6149555