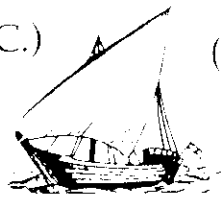


MEDICAL EXPENSES CLAIM FORM



استمارة مطالبة تكاليف علاج

(A) Claim Submission Procedure :-

(أ) طريقة تقديم المطالبات :-

- 1 - The Claim is to be submitted through your employer.
- 2 - Use block letters to fill up the form. Don't leave any blanks. Please answer all the questions.
- 3 - All claim documents should be submitted either in English or Arabic. Documents in other languages must be translated by an official public translator prior to submission.
- 4 - All Claim documents are to be submitted within 30 days from date incurred. Claims received after 90 days will not be processed.
- 5 - The following original documents are to be attached :-

- ١ - يجب تقديم المطالبة بواسطة صاحب العمل.
- ٢ - يجب الإجابة على جميع الأسئلة في الاستمارة ولا تترك فراغ، اكتب بخط واضح.
- ٣ - يجب تقديم المرفقات باللغة العربية أو الإنجليزية فقط، يجب ترجمة أي مرفقات باللغات الأخرى لدى خبير معترف به قبل تقديمها.
- ٤ - يجب تقديم جميع المرفقات المطلوبة في خلال ثلاثين يوماً من تاريخ حدوث المطالبة، ولن تصرف أي مطالبات بعد تسعين يوماً.
- ٥ - يجب إرفاق النسخ الأصلية من :-

A - OUT PATIENT TREATMENT :-

١ - المعالجة في العيادات الخارجية :

- 1 - Official receipt showing the attending physician's detailed charges alongwith his stamp and signature.
- 2 - Itemized pharmacy bill showing the date of purchase, name of patient, quantity and name of drugs alongwith the physician's prescription.
- 3 - Official receipt showing charges for each of the Lab. test, X-ray films and other examination done and supported by the respective physician's request to undergo examinations and copies of the results of examinations undertaken.

- ١ - إيصال رسمي باتعاب الطبيب يُظهر ختم وتوقيع الطبيب.
- ٢ - فاتورة مفصلة من الصيدلية تُظهر تاريخ الشراء، اسم المريض، كمية وأسماء الأدوية الموصوفة، كما يجب إرفاق الوصفة الطبية من قبل الطبيب.
- ٣ - إيصال رسمي مفصل يُظهر نوع وكلفه كل من التحاليل المخبرية وصور الأشعة أو أية فحوصات أخرى كما يجب إرفاق طلب الطبيب بإجراء الفحوصات ونتائجها.

B - IN PATIENT TREATMENT :-

ب - الاستشفاء :-

- 1 - Itemized hospital bill supported by the official hospital receipt for the total amount paid.
- 2 - Official receipt showing Attending Physician's or Surgeon's charges alongwith his stamp and signature.
- 3 - Detailed hospital discharge report.

- ١ - فاتورة مفصلة من المستشفى مرفقة بإيصال رسمي بالقيمة المدفوعة.
- ٢ - إيصال رسمي باتعاب الطبيب المعاین أو الجراح يُظهر ختم وتوقيع الطبيب.
- ٣ - التقرير الطبي المفصل عند خروج المريض من المستشفى.

(B) To be Completed by the Employee :

(ب) يملأ هذا القسم من قبل الموظف :-

- ١ - اسم الموظف وتاريخ الميلاد:
- ٢ - اسم المريض وتاريخ الميلاد:
- ٣ - رقم البوليصة:
- ٤ - شهادة التأمين الفردية:
- ٥ - طبيعة المرض / الحادث:

I hereby certify that all answers and all documents submitted with the Claim Form are complete and true. I hereby authorize any Doctor, Hospital, Clinic or Medical Provider, any Insurance Company or any other Company, Institution or any other person who has any record or information about me and / or any of my family members to provide OIC (Oman Insurance Company) with the complete information, including copies of their records with reference to any sickness or accident, any treatment, examination, advice or hospitalization. Any photocopy of this authorization shall be deemed as the original copy.

انا الموقع أدناه أقرب بأن جميع الأجوبة والمستندات المرفقة بهذه المطالبة صحيحة وكاملة وأنني افوض أي طبيب، مستشفى، عيادة أو جهاز طبي، أي شركة تأمين أو شركة أخرى، مؤسسة أو شخص يملك سجلات أو معلومات متعلقة بي أو بأي فرد من عائلتي بإعطاء شركة عُمان للتأمين المعلومات الكاملة بما فيها نسخ عن السجلات الموجودة والتي تتعلق بأي مرض أو حادث، أية معالجة، فحوصات، استشارة أو استشفاء. إن أية صورة من هذا التفويض تعتبر صحيحة وكانها الأصلية.

Employee's Signature _____ Date _____ توقيع الموظف _____ التاريخ _____

(C) To be Completed by the Employer :

(ج) يملأ هذا القسم من قبل صاحب العمل :-

- ١ - هل هذه المطالبة من جراء عمل المريض نعم لا
- ٢ - القيمة الكلية للمطالبة:
- ٣ - رقم المطالبة:
- ٤ - ختم وتوقيع صاحب العمل: _____ التاريخ _____

Exclusion Highlights

CONSULTATION

AIDS
PSYCHIATRIC
GENERAL CHECKUP
VENEREAL DISEASES
INFERTILITY / IMPOTENCE
VACCINATION
WORK RELATED ACCIDENTS
CONGENITAL ANOMALIES
AND DEFORMITIES

PHARMACEUTICALS

VITAMINS Without Antibiotics
DIET SUPPLEMENTS
SOAPS AND SHAMPOOS
COSMETICS, HAIR AND SCALP TREATMENT
AIDS RELATED MEDICINES
BIRTH CONTROL DEVICES &
FERTILITY RELATED MEDICINES
FOR ACNE, WARTS AND CORNS
OTC PRODUCTS - THROAT LOZENGES,
INHALATION CAPSULES, TOOTHPASTES,
MOUTH GARGLES, CLEANSING LOTION
ANTI - ANXOLITICS, MOISTURISERS

DIAGNOSTIC PROCEDURES

ALLERGEN TESTING
AIDS TEST
INFERTILITY TEST
TESTS NOT RELATED TO DIAGNOSIS

Procedures Requiring Pre-authorization

- 1 - All Hospitalizations.
- 2 - Certain diagnostic tests like MRI, CT scan, Tread Mill stress test, Echocardiography, EEG, Endoscopic examination and any out-patient diagnostic test or procedures exceeding the net cost AED.500/-
- 3 - Medicines more than one month duration for chronic ailments.

(D) To be filled by the Attending Physician / Surgeon :

(د) يملا هذا القسم من قبل الطبيب المعاین او الجراح :-

- 1 - Patient's Name & Date of Birth : _____ : ١ - اسم وتاریخ ميلاد المريض :
- 2 - Nature of Sickness / Accident : _____ : ٢ - طبيعة المرض / الحادث :
- 3 - Dates of current treatment : _____ : ٣ - تاريخ ظهور العوارض :

Out-Patient Visits Dates : _____ : في العیادات الخارجية :

In-Patient Visits Dates : _____ : في المستشفى :

- 4 - Details of treatment (other than consultation) : _____ : ٤ - تفاصيل المعالجة (معدا الزيارة) :

- 5 - Dates of any previous treatment alongwith name of treating physician : _____ : ٥ - تواریخ اية معالجة سابقة مع اسم الطبيب المعالج :

- 6 - Is further treatment or operative procedure anticipated ?
If "Yes", please provide full details and expected dates. _____ : ٦ - هل يتوقع إجراء معالجة او عملية أخرى في المستقبل؟
إذا كانت الاجابة (نعم)، الرجاء إعطاء التفاصيل الكاملة والتواریخ المتوقعة.

IN CASE OF HOSPITALIZATION ONLY :

اسئلة اضافية في حالة الاستشفاء فقط :

- 7 - Describe in full the nature of any surgical or obstetrical operations undergone : _____ : ٧ - اعط وصفاً كاملاً عن طبيعة اي عملية جراحية او توليدية جرت :

- 8 - Date performed : _____ : ٨ - تاريخ إجراء العملية :
(A detailed hospital discharge report should be enclosed.) (يجب إرفاق تقرير طبي مفصل عن خروج المريض من المستشفى.)

Physician's / Surgeon's Signature & Stamp :

توقيع وختم الطبيب المعاین او الجراح :

DATE : _____ : التاريخ :