

القسم أ: يملأ العضو المؤمن البيانات في هذا القسم. Section A: To be completed by the insured member.	
Patient Details بيانات المريض	
Member No.: رقم العضو:	Employee No.: رقم الموظف:
Birth Date: تاريخ الميلاد:	Patient Name: اسم المريض:
Email Address: عنوان البريد الإلكتروني:	Mobile Number: رقم الهاتف الجوال:
Treatment Details تفاصيل العلاج	
Country of Treatment: بلد العلاج:	Date of Treatment: تاريخ العلاج:
Date First Seen: تاريخ أول زيارة:	
Breakdown of Expenses (required) تفصيل المصروفات (الزامي)	
Currency of Expenses عملة دفع المصروفات	
Doctor's Fees (Consultation) رسوم الطبيب (الاستشارة)	
Medicines الأدوية	
Others (lab, x-rays, dental, vision, etc.) أخرى (المعمل، أشعة إكس، الأسنان، الرؤية، أخرى)	
Total Amount Claimed المبلغ الإجمالي المطلوب	
Reimbursement Details تفاصيل السداد	
Pay to (Beneficiary Name): يُدفع إلى (اسم المستفيد):	
Email Address: عنوان البريد الإلكتروني:	Mobile No: رقم الهاتف الجوال:
العملة: *Claims incurred in the United Arab Emirates and submitted by the member to SAICO are only reimbursable in local currency. *تسدد المطالبات التي تحمل تكلفتها العضو في الإمارات العربية المتحدة والتي قدمها إلى سايكو بالعملة المحلية فقط.	
Check Payment – provide mailing address below الدفع بموجب شيك - اكتب العنوان البريدي أدناه	Deposit to Bank Account – provide bank account details below الإيداع في حساب بنكي - اكتب تفاصيل الحساب البنكي أدناه
IBAN (Bank Acct No.) رقم الحساب المصرفي الدولي (رقم الحساب البنكي)	Bank Name: اسم المصرف:
Mailing Address (include a contact number for courier delivery): العنوان البريدي (يشمل رقم الاتصال بساعي التسليم):	

Authorization: I the undersigned, hereby certify that all answers and all documents submitted with this 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 any information about me and/or any of my family members to provide SAICO with the complete information, including copies of their records with reference to any illness, accident, treatment, examination, advice or hospitalization. A photocopy of this authorization shall be taken as the original.

إقرار: أشهد أنا الموقع أدناه أن جميع الإجابات والمستندات المقدمة بموجب نموذج المطالبة هذا كلها مكتملة وصحيحة. وأفوض بموجب هذا الإقرار أي طبيب أو مستشفى أو عيادة أو موفر خدمات طبية أو شركة تأمين أو أي شركة أخرى أو مؤسسة أو أي شخص آخر لديه أي تقرير أو أي معلومات حولي و/أو حول أي من أعضاء عائلتي في أن توفر لسايكو تلك المعلومات الكاملة بما فيها نسخ من سجلاتهم والإشارة إلى أي مرض أو حادثة أو علاج أو فحص أو مشورة أو علاج بالمستشفى. تعامل الصور الضوئية من هذا الإقرار نفس معاملة النسخة الأصلية.

Signature:
Date:

التوقيع:
التاريخ:

Section B: To be completed by the provider. القسم ب: يملأ مواف الخدمة البيانات في هذا القسم.	
Patient Name (CAPITALS): اسم المريض (بالحروف البارزة):	Age: العمر:
Diagnosis (CAPITALS): التشخيص (بالحروف البارزة):	ICD: التصنيف الدولي للأمراض:
Type of Treatment: نوع العلاج:	
Illness (Date first seen: تاريخ أول زيارة المرض)	Accident (Date: التاريخ الحادثة Time: الوقت Cause: السبب Place: المكان)
Pregnancy (Date of LMP: تاريخ آخر دورة شهرية الحمل Expected Delivery Date: تاريخ الولادة المتوقع)	Hospitalization: (Date Admitted: تاريخ الدخول العلاج بالمستشفى Date Discharged: تاريخ الخروج)

PHYSICIAN'S DECLARATION: I certify that the Medical services shown on this form were medically indicated and necessary for the health of the patient.

إقرار الطبيب: أقر بأن الخدمات الطبية المبينة في هذا النموذج محددة على أسس طبية وضرورية للحفاظ على صحة المريض.

Physician's Stamp: ختم الطبيب Signature: التوقيع Date: التاريخ

Section C: Attachments Required القسم ج: الملحقات المرفقة	
<ul style="list-style-type: none"> Invoices with proof of payment. Doctor's prescription for medicines, lab tests, x-rays, etc. Pharmacy invoice clearly showing name of medicine, quantity purchased, and price of each medicine. Copy of patient's SAICOHEALTH ID card. 	<ul style="list-style-type: none"> فواتير مُبَت بها الدفع. وصفة الطبيب للأدوية والفحوصات المعملية وأشعة إكس وغيرها. فاتورة الصيدلية مبين بها بشكل واضح اسم الدواء والكمية المشتراة وسعر كل دواء. نسخة من بطاقة هوية سايكو للرعاية الصحية (SAICOHEALTH ID).
Section D: Contact Information القسم د: بيانات التواصل	
Email: customerservice@cigna-saicohealth.com Please reference your SAICO ID card for local phone and fax numbers.	البريد الإلكتروني: customerservice@cigna-saicohealth.com يرجى الرجوع إلى بطاقة هوية سايكو الخاصة بك لمعرفة أرقام الهواتف المحلية والفاكس.