

# نموذج مطالبة Claim Form



To be completed by the member		تعبأ من قبل العضو
Card holder name and membership number (exactly as printed on card) الاسم ورقم العضوية كما كتبت على بطاقة عضوية بوبا		
Name الاسم		
Company اسم الشركة		
Membership no. رقم العضوية	Date التاريخ	
Tel. / Mobile no. رقم الهاتف أو الجوال	Email البريد الالكتروني	

Bupa Arabia  
for Cooperative Insurance  
P.O. Box 23807, Jeddah 21436,  
Saudi Arabia

Tel.: 800 244 03 07  
Fax: 920 000 724  
www.bupa.com.sa

Reasons for not using Bupa listed healthcare providers		أسباب / ظروف العلاج خارج شبكة مزودي الخدمة	
<input type="checkbox"/> Emergency طوارئ	<input type="checkbox"/> Family doctor طبيب العائلة	<input type="checkbox"/> Personal choice إختيار شخصي	<input type="checkbox"/> Service not available in network provider عدم توفر الخدمة داخل الشبكة
<input type="checkbox"/> Vacation / Business trip outside KSA عطلة / رحلة علاج خارج المملكة	<input type="checkbox"/> Others (please specify) أسباب أخرى		

Name & address of hospital / clinic إسم و عنوان مزود الخدمة	Invoice number رقم الفاتورة	Description of services وصف الخدمة الطبية	Invoice amount مبلغ الفاتورة
Total amount المبلغ الإجمالي		Currency if outside KSA العملة الأجنبية	

Medical information (to be filled by the treating doctor)		المعلومات الطبية (يتم تعبئتها بواسطة الطبيب المعالج)
Medical history		السوابق المرضية
Diagnosis		التشخيص
Treatment plan		الخطة العلاجية
Name & signature of doctor		إسم وتوقيع الطبيب
Date & stamp		التاريخ والختم

Payment details		تفاصيل الدفع
<input type="checkbox"/> EFT (Electronic Fund Transfer) حوالة بنكية إلكترونية	<input type="checkbox"/> Cheque شيك	
Name and address of bank اسم البنك و عنوانه	Bank account no. رقم الحساب	
Payee name اسم المستفيد	IBAN no. S A	

## إقرار:

I, the undersigned, declare that the information above is correct and that reimbursement requested is for expenses paid by me for the treatment of my covered condition, And I hereby authorize Bupa Arabia to pay the eligible expenses directly to the policyholder and in local currency (SR).

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 Bupa Arabia with the complete information, including copies of their records with reference to any sickness or accident, any treatment, examination, advice or hospitalization or any other information required by Bupa Arabia.

I am fully aware that any person who intentionally makes any false and/or misleading statement and/or information to obtain reimbursement from Bupa Arabia is subject to penalization.

أقر أنا الموقع أدناه أن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وأن التعويض المطلوب هو نظير نفقات دفعت من قبلي لغرض علاج حالتي المعطاة، وأنا بذلك أوافق أن تدفع شركة بوبا العربية النفقات المستحقة مباشرة وبالعملة المحلية (الريال السعودي).

أنا أصرح لأي مستشفى، عيادة أو مقدم خدمة طبية وأي شركة تأمين أو شركة أخرى، مؤسسة أو أي شخص آخر لديه سجلات أو معلومات عن أي فرد من عائلتي بأن يرود شركة بوبا بالمعلومات الكاملة والتي تشمل نسخاً عن سجلات مع الإئشارة إلى أي علة أو حادث، أي علاج، فحص، نصيحة طبية أو مكوث في المستشفى أو أي معلومة أخرى تطلبها شركة بوبا العربية.

أنا على دراية تامة بأن أي شخص يقوم - متعمداً - بتقديم مستندات و / أو معلومات خاطئة و / أو مضللة لهدف الحصول على تعويض من بوبا العربية هو عرضة للمحاسبة.

Name  
الاسم

Signature  
التوقيع

**Emergency treatment outside your approved network**

This benefit allows you to file for reimbursement of up to 100% of the actual medical cost for all life-threatening emergencies. Please refer to your Table of Benefits for more details.

**Elective treatment outside of your approved network, in or outside of KSA**

This benefit allows you to file for reimbursement of up to 100% of the actual medical cost based on the reasonable and customary cost of the same treatment within your network in KSA. Please refer to your Table of Benefits for more details.

**What is Reasonable & Customary?**

It means that the medical expenses are comparable with the level of fees charged by the majority of licensed doctors or hospitals in the member's network in Saudi Arabia. Additionally, it means that the medical treatment does not differ significantly from what the licensed doctors consider acceptable for being the usual and customary for any particular disease.

**الحالات الطارئة خارج شبكتك المعتمدة**

هذه الميزة تمنحك الحق بالتقدم بطلب تعويض حتى 100% من القيمة الحقيقية للخدمة الطبية للحالات المهددة بالحياة. الرجاء العودة لجدول المزايا الخاص بك للمزيد من التفاصيل.

**العلاج الاختياري خارج الشبكة المعتمدة داخل المملكة**

هذه الميزة تمنحك الحق بالتقدم بطلب تعويض حتى 100% من التكاليف المعقولة والإعتيادية لنفس المعالجات في شبكة بوبا المعتمدة لك. الرجاء العودة لجدول المزايا الخاص بك للمزيد من التفاصيل.

**ماهية التكاليف المعقولة والإعتيادية؟**

التكاليف الطبية المعقولة والإعتيادية تعرّف بوصفها المصروفات الطبية المتوافقة مع مستوى الأتعاب التي يتقاضاها غالبية الأطباء أو المستشفيات المرخصة في المملكة العربية السعودية داخل شبكة العضو المعتمدة نظير معالجة حالة مماثلة. كذلك يجب على المعالجة ألا تختلف جذرياً عما يعتبره الأطباء اعتيادياً لعلاج الحالات المماثلة.

**All claims must include the following:**

1. Original completed claim form.
2. Original itemized invoices and receipt(s) of payment
3. Original detailed report such as:
  - Medical - specifying diagnosis and procedure.
  - Dental - specifying services and tooth number.
  - Optical - specifying diagnosis and procedure / Eye test report from ophthalmologist.
4. Original prescription for medicines, if applicable.
5. Photocopies of laboratory/diagnostic reports, if applicable
6. Pre-authorisation form, if applicable.
7. Pre-authorisation form, for in-patient, day case or any claim exceeding SR1000.
8. For any pending claims, please note that missing documentation must be received within a maximum period of 3 months (90 days); otherwise, the claim will be automatically rejected.

**For treatment availed Outside KSA:**

1. Copy of passport showing Exit & Re-entry to KSA.
2. Please retain copies of receipts and documents enclosed with your claim, as Bupa Arabia will not return the original documents.
3. All claims subject to reimbursement should be submitted to Bupa from the last treatment date within 180 days.

**Note:**

- All of the above documents must be in either English or Arabic language only.
- Claims with complete information/documents will be processed within 10 working days if the payment selection is CHQ or 3 working days if the payment selection is EFT. Processing time for out of kingdom claims with billed amount exceeding SR 25,000 will take up to 15 working days depending on the country where treatment took place.
- Submit your claim to Bupa - Claims Department, to the following address at P.O. Box 23807, Jeddah 21436 Saudi Arabia or to one of our regional branches in Riyadh (01-4194080) or Khobar (03-8812230).
- You may inquire about the status of your claim by calling Bupa at 800 244 0307 or email [askclaims@bupa.com.sa](mailto:askclaims@bupa.com.sa) You may also check its status by logging in the member's services at our website: [www.bupa.com.sa](http://www.bupa.com.sa)

**Basis of Settlement**

Claims, if payable will be based in the network price(s) and standard care management of the same treatment in your approved Bupa network in the Kingdom of Saudi Arabia.

**يجب أن تحتوي جميع الطلبات على مايلي:**

1. نموذج مطالبة أصلية مكتمل.
2. فواتير أصلية تفصيلية وإيصالات الإستلام الرسمية.
3. التقارير التفصيلية مثل:
  - التقارير الطبية - توضح التشخيص والإجراءات.
  - تقارير الأسنان - التي توضح الخدمات وأرقام الأسنان.
  - تقارير البصريات - التي توضح التشخيص والإجراءات / تقرير فحص العين من طبيب العيون.
4. الوصفات الأصلية للأدوية (حينما يُطلب ذلك).
5. صور عن نتائج التحاليل والتقارير التشخيصية (حينما يُطلب ذلك).
6. نموذج الموافقة (حينما يُطلب ذلك).
7. نموذج موافقة مسبقة من شركة بوبا العربية لأي حالة تنويم داخل المستشفى أو جراحات اليوم الواحد أو مطالبة يتجاوز مبلغها 1000 ريال (ألف ريال سعودي)
8. للحصول على أي مطالبات معلقة، يرجى ملاحظة أنه يتوجب استلام الوثائق المطلوبة خلال مدة أقصاها 3 أشهر (90 يوماً). وإلا سيتم رفض المطالبة تلقائياً.

**حالات العلاج خارج المملكة:**

1. نسخة عن جواز السفر موضحة تاريخ الدخول والخروج أو أي إثبات آخر.
2. الرجاء الاحتفاظ بنسخ الإيصالات والإيصالات والوثائق المرفقة مع نموذج المطالبة لأن الضمان لن يقوم بإعادة النسخ الأصلية.
3. يجب تسليم مطالبات التعويض إلى شركة بوبا العربية اعتباراً من تاريخ تلقي الخدمة لمدة 180 يوم.

**ملاحظة:**

- يجب أن تكون جميع الوثائق المذكورة أعلاه باللغة العربية أو الإنجليزية فقط.
- سيتم الانتهاء من مراجعة المطالبات ذات البيانات والمعلومات المكتملة في غضون 10 أيام عمل إذا كان اختيار تفاصيل الدفع "شيك" أو في غضون 3 أيام عمل إذا كان اختيار تفاصيل الدفع "حوالة بنكية إلكترونية" علماً بأن مراجعة المطالبات من خارج المملكة ذات قيمة تتجاوز 2000 ريال سيتم في غضون 10 يوم عمل وقد تتعدى هذه المدة تبعاً للبلد الذي تمت فيه المعالجة.
- قدم مطالباتك الأصلية إلى بوبا (قسم المطالبات) على العنوان التالي: ص.ب 23807 جدة ٢١٤٣٦ - المملكة العربية السعودية أو لواحده فروعنا الرئيسية التالية: الرياض (٠١-٤١٩٤٠٨٠) الخبر (٠٣-٨٨١٢٢٣٠).
- يمكنك متابعة حالة مطالباتك بالاتصال على بوبا على الهاتف المجاني ٨٠٠٢٤٤٠٣٠٧ أو إرسال بريد الكتروني الى [askclaims@bupa.com.sa](mailto:askclaims@bupa.com.sa) ويمكنكم أيضاً معرفة حالة المطالبة بالدخول إلى خدمات الأعضاء على موقعنا الإلكتروني: [www.bupa.com.sa](http://www.bupa.com.sa)

**أسس التسوية:**

سيتم تسوية جميع المطالبات التي يتم قبولها بحسب أسعار شبكة المستشفيات المعتمدة لدى شركة بوبا في المملكة العربية السعودية.

للمساعدة على مدار الساعة

For 24/7 assistance  
800 244 03 07