



Insurance Company Registration No. (2)

Telephone : 6440400

Telex : 22667 EMINCO EM

Telefax : 6445227

P. O. Box : 3856

Abu Dhabi - U.A.E.

رقم القيد في سجل شركات التأمين (٢)

تلفون : ٦٤٤٠٤٠٠

تلکس : ٢٢٦٦٧ أمینکو ای ام

تلفاكس : ٦٤٤٥٢٢٧

ص.ب : ٣٨٥٦

ابوظبي - الامارات العربية المتحدة

**MEDICAL EXPENSES CLAIM FORM****أستمارة مطالبة مصاريف طبية**

Policy No.

رقم وثيقة التأمين

Name of Insured/Employer

اسم المؤمن له

Name of Employee

اسم الموظف

TO BE COMPLETED BY DOCTOR

يملاء بواسطة الدكتور

Name of Patient

اسم المريض

Age of Patient

عمر المريض

Date of Treatment

تاريخ العلاج

Date of onset of sickness

تاريخ بدأ الاعراض

Diagnosis (see overleaf)

تشخيص المرض (انظر خلف الصفحة)

Has the Patient suffered from this illness before?

هل اشتكى المريض من هذا المرض سابقا ؟

If yes, give period and details.

إذا كان نعم - دون التاريخ والمدة

Doctor's Name/Signature/Stamp:

اسم الطبيب / توقيعه / ختمه

Details of Paid Expenses	Dirham	Foreign Currency	بيان المصاريف المدفوعة
1. Consultation Fees			١ - كشف طبيب
2. Medicine			٢ - قيمة ادوية
3. X-Ray, Lab. Tests			٣ - اشعة وتحاليل
4. Hospital (Room charges)			٤ - اقامة بالمستشفى
5. Operation			٥ - عملية
6. Any other costs			٦ - اية مصاريف اخرى
<b>TOTAL</b>			<b>المجموع</b>

THIS FORM MUST BE FULLY COMPLETED  
AND RETURNED ALONG WITH BILLS  
LAB REPORTS AND OTHER INVESTIGATIONS

يرجى ملاء النموذج واعادته الينا  
مرفقا بالفواتير وتقرير المختبر  
وأى تقارير فحص أخرى

Date of 1st Visit

- تاريخ الزيارة الأولى

Date of 2nd Visit

- تاريخ الزيارة الثانية

Date of 3rd Visit

- تاريخ الزيارة الثالثة

Date of 4th Visit

- تاريخ الزيارة الرابعة

Date of 5th Visit

- تاريخ الزيارة الخامسة

Date of 6th Visit

- تاريخ الزيارة السادسة

TO BE COMPLETED BY THE DOCTOR

- يملا بواسطة الدكتور

General Notes :- [Presenting complaints, CL/F,  
INV. done, Diagnosis & Treatment]

الملاحظات العامة:

(الاعراض الحالية، التحاليل، تشخيص المرض، العلاج)

I/We hereby certify that the above named employee / patient is a member of our Group Insurance Program and the information stated above is correct to the best of my / our knowledge and belief.

EMPLOYER'S  
CERTIFICATION

Signature of Employer \_\_\_\_\_