



رؤية جديدة / للتأمين  
redefining / insurance

# Health Insurance Reimbursement Claim Form

## Reimbursement Claim Form

## نموذج الإسترداد النقدي

Note : Please use a separate claim form for each medical condition/doctor visit.

ملحوظة : يرجى استخدام نموذج منفصل لكل حالة طبية أو زيارة للطبيب .

### 1. Personal information :

### ١. البيانات الشخصية :

Policy No. :	رقم الوثيقة :	Patient Name :	اسم المريض :
Membership No. :	رقم العضوية :	Mobile No. :	رقم الهاتف :
Date of treatment :	تاريخ العلاج :	Date of Birth :	تاريخ الميلاد :
Total Cost :	إجمالي التكلفة :	Company Name :	اسم شركة المؤمن عليه :

### 2. Medical Section : ( to be filled by the treating doctor, unless providing a medical report )

### ٢. البيانات الطبية : ( تملأ بمعرفة الطبيب إلا في حالة إرفاق التقرير الطبي )

Diagnosis / Signs & Symptoms :	التشخيص / الأعراض المرضية :
Onset date of symptoms :	تاريخ بدء ظهور الأعراض :
Date of doctor's 1 <sup>st</sup> visit ( with regards to the medical condition ) :	تاريخ أول زيارة الى الطبيب (المرتبطة بالحالة الطبية) :
Investigations ( necessary investigations requested to define the diagnosis ) :	الفحوصات الطبية (المرتبطة بالحالة فقط والتي تساعد على تحديد التشخيص) :

### 3. Treatment : ( to be filled by the treating doctor, unless providing the doctor's prescription )

### ٣. العلاج : ( تملأ بمعرفة الطبيب إلا في حالة إرفاق الوصفات الطبية )

Drugs	العلاج	Dose	الجرعة	Frequency	الكمية	Duration	المدة
Procedures (Please provide details of medical procedures if any )	الإجراءات (برجاء كتابة اية إجراءات طبية مطلوبة إن وجدت)						

### 4. Treatment outside area of coverage :

### ٤. العلاج خارج النطاق الجغرافي للتغطية :

Country where the treatment took place :	البلد التي تم تلقي العلاج بها :
Reason for treatment abroad :	سبب العلاج بالخارج :
Date of departure and return to own area of coverage :	تاريخ المغادرة والعودة إلى البلاد :
Are you claiming for an in-patient treatment? Please tick	هل تم العلاج بالقسم الداخلي بالمستشفى؟
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
If Yes, Please enclose detailed hospital discharge report confirming the admission & discharge dates .	

**ملحوظة :** يجب ارسال القوائم مع المستندات المدعمة. واستكمال البيانات المطلوبة في خلال ٩٠ يوم من تاريخ الخدمة.

Doctor's Signature/Stamp

Client's Signature

توقيع العميل

توقيع / ختم الطبيب

AXA Services Egypt S.A.E.  
Nile City Towers - North Tower - 18<sup>th</sup> Floor 2005 C Cornish El Nile -  
Ramlet Beaulac - Cairo - Egypt  
P.O. Box : 146 El Gezira  
Hot Line : 16363 Fax : +(202) 2461 9940  
Tax ID / 378 - 724 - 487 Commercial register/ 53035

أكسيا إيجيبت للخدمات ش.م.م  
أبراج النيل سيتي - البرج الشمالي الدور ١٨ . ٢٠٠٥ كورنيش النيل -  
رملة بولاق - القاهرة - مصر  
ص.ب : ١٤٦ الجزيرة.  
خط ساخن : ١٦٣٦٣ فاكس : ٢٤٦١ ٩٩٤٠ : (٢٠٢) +  
ب.ض. / ٤٨٧ - ٧٢٤ - ٣٧٨ س.ت. / ٥٣٠٣٥

يمكنك الحصول على نسخة من هذا النموذج من خلال موقعنا الإلكتروني [www.axa-egypt.com](http://www.axa-egypt.com)



رؤية جديدة / للتأمين  
redefining / insurance

## Health Insurance Dental Reimbursement Claim Form

نموذج الإسترداد النقدي للأسنان

### 1. Personal information :

١. البيانات الشخصية :

Policy No. :	رقم الوثيقة :	Patient Name :	اسم المريض :
Membership No. :	رقم العضوية :	Mobile No. :	رقم الهاتف :
Date of treatment :	تاريخ العلاج :	Date of Birth :	تاريخ الميلاد :
Total Cost :	إجمالي التكلفة :	Company Name :	اسم شركة المؤمن عليه :

### 2. Medical Section : ( to be filled by the treating doctor, unless providing a medical report )

٢. البيانات الطبية : (تتمأ بمعرفة الطبيب إلا في حالة إرفاق التقرير الطبي)

Diagnosis:	التشخيص :			
Service Code	Service Description		Tooth No./Letter	Service Cost
D9310	DENTAL CONSULTATION			
D1110	DENTAL PROPHYLAXIS			
D2140	AMALGAM-ONE SURFACE, PRIMARY OR PERMANENT			
D2391	RESIN-BASED COMPOSITE			
D6740	CROWN- PORCELAIN/CERAMIC			
D2952	POST AND CORE CAST + CROWN			
D3310	ROOT CANAL THERAPY			
D4341	PERIODONTAL SCALING AND ROOT PLANING			
D6240	BRIDGE PORCELAIN			
D7140	EXTRACTION TOOTH OR EXPOSED ROOT			
D7240	IMPACT TOOTH REMOV COMP BONY			
Services (if not mentioned):				

Medications:	الأدوية :	Lab & Radiology:	التحاليل والأشعة :
--------------	-----------	------------------	--------------------

Procedures ( please provide details of medical procedures if any):	الإجراءات (برجاء كتابة اية إجراءات طبية مطلوبة إن وجدت).
--------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

**Note:** Claims must be submitted & completed along with supporting documents within 90 days from date of service.

ملحوظة: يجب ارسال الفواتير مع المستندات المدعمة. واستكمال البيانات المطلوبة في خلال ٩٠ يوم من تاريخ الخدمة.

Doctor's Signature/Stamp

Client's Signature

توقيع العميل

توقيع / ختم الطبيب

AXA Services Egypt S.A.E.  
Nile City Towers - North Tower - 18<sup>th</sup> Floor 2005 C Cornish El Nile -  
Ramlet Beaulac - Cairo - Egypt  
P.O. Box : 146 El Gezira  
Hot Line : 16363 Fax : +(202) 2461 9940  
Tax ID / 378 - 724 - 487 Commercial register/ 53035

أكسسا إيجيبت للخدمات ش.م.م  
أبراج النيل سيتي - البرج الشمالي الدور ١٨ . ٢٠٠٥ كورنيش النيل -  
رملة بولاك - القاهرة - مصر  
ص.ب: ١٤٦ الجزيرة.  
خط ساخن: ١٦٣٦٣ فاكس: ٢٤٦١ ٩٩٤٠ (+٢٠٢)  
ب.ض./ ٤٨٧ - ٧٢٤ - ٣٧٨ س.ت./ ٥٣٠٣٥