



# Global Protect Health Plan Reimbursement Claim Form

## Reimbursement Claim Form

**Note:** Please use separate claim form for each medical condition/doctor's visit.

ملحوظة : يرجى استخدام نموذج منفصل لكل حالة طبية او زيارة للطبيب  
نموذج الإسترداد النقدي

### 1. Personal information:

### ١. البيانات الشخصية:

Policy No.:	رقم الوثيقة:	Patient's Name:	اسم المريض:
Membership No.:	رقم العضوية:	Mobile No.:	رقم الهاتف:
Date of treatment:	تاريخ العلاج:	Date of Birth:	تاريخ الميلاد:
Total Claimed Amount:	إجمالي المطالبة:	Company name (if applicable):	اسم شركة المؤمن عليه(ان وجد):

### 2. Doctor details:

### ٢. بيانات الطبيب:

Doctor name:	اسم الطبيب:
speciality:	التخصص:
How long has this patient been known to you?	منذ متي و انت تتابع هذا المريض؟

### 3. Medical Section: (to be filled by treating doctor unless medical report is provided)

### ٣. البيانات الطبية: (تملأ بمعرفة الطبيب الا في حالة ارفاق التقرير طبي)

Diagnosis/Signs & Symptoms:	التشخيص / الاعراض المرضية:
Description of symptoms:	وصف الاعراض المرضية:
Onset date of symptoms (when did symptoms first start?)	تاريخ ظهور الاعراض "متي ظهرت اولي الاعراض"
How long have symptoms existed prior to consulting with you?)	منذ متي ظلت هذه الاعراض موجودة قبل استشارة الطبيب
Investigations (necessary investigations requested to define the diagnosis):	الفحوصات الطبية (المرتبطه بالحالة فقط و التي تساعد علي تحديد التشخيص):

### 4. Doctor visit: (to be filled by treating doctor unless medical report is provided)

### ٤. زيارة الطبيب: (تملأ بمعرفة الطبيب الا في حالة ارفاق التقرير طبي)

Date of first treatment or consultation with You related to this medical condition :	تاريخ اول زيارة او علاج معك (المرتبطه بالحالة الطبية)
Date of first treatment or consultation with any provider related to this medical condition:	تاريخ اول زيارة او علاج مع اي مقدم خدمة طبي اخر (المرتبطه بالحالة الطبية)



##### 5. Patient history: (to be filled by treating doctor unless medical report is provided)

٥. تاريخ المريض: (تملأ بمعرفة الطبيب الا في حالة ارفاق التقرير طبي)

Is the claim related to or as a result of any previous surgery or treatment? If yes, please detail, including dates.	هل هذه المطالبة متعلقة او ناتجة الي اي عملية جراحية سابقة او علاج سابق؟ اذا كانت الاجابة نعم، نرجوا الايضاح و إضافة التواريخ
Has the patient received any previous consultation(s), treatment/Investigations or hospitalizations for this condition or for associated conditions or symptoms? If yes, please detail.	هل تم اجراء كشف/علاج /فحوصات طبية/اقامة في المستشفى سابق للمريض بسبب هذا الحالة المرضية او اي حالة مرضية متعلقة بها اذا كانت الاجابة نعم، نرجو الايضاح
Is the patient taking any medications for this condition? If yes, name of drug and date of starting medication.	هل يأخذ المريض أي دواء متعلق بهذه الحالة المرضية اذا كانت الاجابة نعم، نرجو ذكر الدواء و تاريخ بدنه

##### 6. Treatment: (to be filled by treating doctor unless, a doctor's prescription is provided)

٦. العلاج: (تملأ بمعرفة الطبيب الا في حالة ارفاق الوشلتل 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)					

##### 7. Treatment in USA for worldwide excluding USA policies:

٧. العلاج بالولايات المتحدة الامريكية لوثائق Worldwide Excluding USA

Reason for treatment abroad:	سبب العلاج بالخارج
Date of departure and return to own area coverage : From ...../...../..... to ...../...../.....	تاريخ المغادرة والعودة الي 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	اذا كانت اجابتك بنعم يرجى تقديم تقرير طبي مفصل موضحاً تاريخ الدخول والخروج

Note: Claims must be submitted & completed along with supporting documents within 6 months from date of service.

ملحوظة: يجب ارسال الفواتير مع المستندات المدعمة و استكمال البيانات المطلوبة في خلال ١٨٠ يوم من تاريخ الخدمة

Doctor's Signature/Stamp

Client's Signature

توقيع / ختم الطبيب

توقيع العميل

AXA Services Egypt S.A.E.

Plot no. 214, Sector 2, Fifth Floor,

Fifth Settlement, New Cairo, Cairo, Egypt.

P.O. Box: 35 Swiss Project

Hotline: 16363 and from outside Egypt (202) 2461 3600

Fax: 2759 9333

Website: www.axa-egypt.com

أكسا إيجيب للخدمات ش.م.م

قطعة ٢١٤، المنطقة الثانية، الدور الخامس،

التجمع الخامس، القاهرة الجديدة، محافظة القاهرة، مصر

ص.ب.: ٣٥ المشروع السويسري

الخط الساخن: ١٦٣٦٣ ومن خارج مصر ٣٦٠٠ ٢٤٦١ (٢٠٢)

فاكس: ٢٧٥٩ ٩٣٣٣

الموقع الإلكتروني: www.axa-egypt.com

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



# Global Protect Health Plan Dental Reimbursement Claim Form

نموذج الإسترداد النقدي للأسنان

## 1. Personal information:

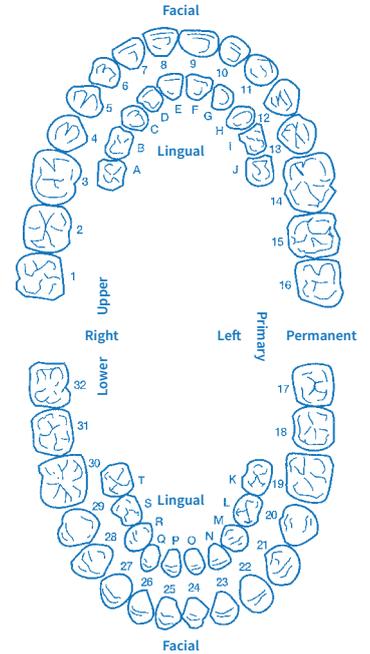
١. البيانات الشخصية:

Policy No.:	رقم الوثيقة:	Patient's Name:	اسم المريض:
Membership No.:	رقم العضوية:	Mobile No.:	رقم الهاتف:
Date of treatment:	تاريخ العلاج:	Date of Birth:	تاريخ الميلاد:
Total Claimed Amount:	إجمالي المطالبة:	Company name (if applicable):	اسم شركة المؤمن عليه(ان وجد):

## 2. Medical Section: (to be filled by treating doctor unless medical report is provided)

٢. البيانات الطبية: (تملا بمعرفة الطبيب الا في حالة ارفاق التقرير طبي)

التشخيص				
Diagnosis	Service code	Service Description	Tooth No./Letter	Service Cost
	D9310	DENTAL CONSULTATION		
	D1110	DENTAL PROPHYLAXIS		
	D2140	AMALGAM-ONE SURFACE, PRIMARY OR PERMENRNT		
	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)				



Has the patient performed any dental checkup within the last year with you or any other provider?

If yes, please detail, including dates (to be filled by treating doctor unless medical report is provided)

هل قام المريض بعمل اي فحوصات / كشوفات على الاسنان خلال العام الماضي معك او مع اي مقدم خدمة اخر اذا كانت الاجابة نعم، نرجو الاضاح و اضافة التواريخ (تملا بمعرفة الطبيب الا في حالة ارفاق التقرير طبي)

Medications:	الأدوية:	Lab & Radiology:	التحاليل و الأشاعة:
--------------	----------	------------------	---------------------

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

**Note:** Claims must be submitted & completed along with supporting documents within 6 months from date of service.

**ملحوظة:** يجب ارسال الفواتير مع المستندات المدعمة و استكمال البيانات المطلوبة في خلال ١٨٠ يوم من تاريخ الخدمة

Doctor's Signature/Stamp

Client's Signature

توقيع / ختم الطبيب

توقيع العميل

AXA Services Egypt S.A.E.

Plot no. 214, Sector 2, Fifth Floor,

Fifth Settlement, New Cairo, Cairo, Egypt.

P.O. Box: 35 Swiss Project

Hotline: 16363 and from outside Egypt (202) 2461 3600

Fax: 2759 9333

Website: www.axa-egypt.com

أكسا إيجيب للخدمات ش.م.م

قطعة ٢١٤، المنطقة الثانية، الدور الخامس،

التجمع الخامس، القاهرة الجديدة، محافظة القاهرة، مصر

ص.ب.: ٣٥ المشروع السويسري

الخط الساخن: ١٦٣٦٣ ومن خارج مصر ٣٦٠٠ ٢٤٦١ (٢٠٢)

فاكس: ٢٧٥٩ ٩٣٣٣

الموقع الإلكتروني: www.axa-egypt.com

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