

طب\*  صيدلة\*  أسنان\*  رمد\*  
\* راجع وثائق الخطة للتأكد من صحة التغطية المتوفرة من خلالها.

يرجى إرسال نموذج المطالبة بالبريد أو الفاكس مصحوبًا بالفواتير والإيصالات المفصلة. يجب توفر نموذج مطالبة منفصل لكل فرد بالعائلة. يرجى تثبيت الإيصالات الصغيرة على ورقة بالحجم الكامل.

هاتف: +1-800-231-7729 (خارج الولايات المتحدة، عبر AT&T +access)  
+1-813-775-0190 (توجه أو يُجمع خارج الولايات المتحدة الأمريكية)

فاكسيميل: +1-800-475-8751 (خارج الولايات المتحدة، عبر AT&T +access)  
+1-859-425-3363 (داخل الولايات المتحدة الأمريكية)

بريد إلكتروني: [agbservice@aetna.com](mailto:agbservice@aetna.com)

Aetna Global Benefits/Aetna  
P.O. Box 981543  
El Paso, TX 79998-1543  
USA

## 1- بيانات العامل

اسم/رقم مجموعة صاحب العمل

اسم العامل

(الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير/اسم العائلة كما يظهر على بطاقة تعريف Aetna)

رقم التعريف (استخدم الرقم المحدد على بطاقة تعريف Aetna)

تاريخ ميلاد العامل (ي/ي/ش/س/س/س/س)  أنثى  ذكر

الشارع

المدينة

البلد

رقم هاتف العامل (شاملاً رمز البلد)

عنوان البريد الإلكتروني الرئيسي للعامل

(من المستحسن جدًا كتابة عناوين البريد الإلكتروني في حالة الحاجة إلى معلومات إضافية لمعالجة المطالبة.)

## 2- بيانات المريض

اسم المريض (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير/اسم العائلة)

القربان:  المؤمن عليه  زوج  زوجة  ابن  ابنة  أخرى

تاريخ ميلاد المريض (ي/ي/ش/س/س/س/س)  أنثى  ذكر

قد يُطلب كل سنة دراسية إحضار بطاقات التقارير وبيانات التعليم وغيرها من نماذج التحقق من الحضور المدرسي إذا كانت الخطة تتضمن إرشادات التأهيل التي تشترط الحضور المدرسي لتغطية المُعالين الذين تتجاوز أعمارهم سنًا معينًا. راجع وثائق الخطة للحصول على مزيد من التفاصيل.

## 3- ملخص خدمات الطب والصيدلة والأسنان والرمد (يرجى إرفاق التشخيص أو سبب العلاج لكل خدمة متلقاة.)

- بالنسبة إلى خدمات الجراحة الترميمية (لتيجان الضروس وجسور الأسنان وأطقم الأسنان الصناعية)، يجب توفير المعلومات التالية:
- أشعة سينية (في حالة عدم توفر الأشعة السينية، يرجى تقديم تقرير طبيب الأسنان الوافد للحالة.)
- بالنسبة إلى مطالبات الأسنان (غير الخدمات الوقائية، مثل الفحوصات الفموية، والأشعة السينية، وعمليات التنظيف، والفلورايد، وغيرها)، أكمل بيان طبيب الأسنان (GC-14423) وأرفقه بنموذج المطالبة. تأكد من تحديد رقم السن موضوع الحالة في جميع الإجراءات المتعلقة بالأسنان، وكتابة تواريخ الاقتلاع أو تاريخ التركيب الأصلي وسبب استبدال طقم الأسنان أو جسر الأسنان.
- إذا كانت المطالبة تخص جسر أسنان أو طقم أسنان، فسوف نحتاج إلى مخطط لكل الأسنان المفقودة في الفم، وتواريخ اقتلاعها.

تواريخ الخدمة (ي/ي/ش/س/س/س/س)	اسم وعنوان مزود الخدمة (الطبيب، العيادة، المستشفى، الصيدلية) (إذا كان اسم مزود الخدمة وعنوانه موجودين في الإيصالات، فاكتمل "راجع الإيصالات")	وصف الخدمة/اسم الدواء/العقار/الجهاز (في حالة العلاج بالمستشفى، وضح ما إذا كان المريض داخليًا أم خارجيًا)	التشخيص (سبب الزيارة)	مدينة/ولاية/مقاطعة/بلد المطالبة	عملة المطالبة	إجمالي التكلفة

## 4- معلومات المطالبة

إذا كانت إجابة السؤالين التاليين هي "نعم"، يجب إكمال جدول في هذا القسم

أ- هل هذه المطالبة مرتبطة بحادث أو ظرف خاص بالعمل؟  نعم  لا

ب- هل المطالبة مرتبطة بإصابة عرضية؟  نعم  لا

ج- تاريخ الحادث (ي/ي/ش/س/س/س/س)  مساء  صباحاً

د- وصف الحادث (كيف وأين؟)

يرجى الاحتفاظ بنسخة في سجلاتك

**5- ملخص التعويض:** تتضمن خطة المزايا المقدمة من شركة **Aetna Global Benefits (AGB)** خيار المطالبة بالتعويضات بعملة متنوعة وطرق دفع مختلفة. قم بإعداد الخيار الذي حددته في الأقسام أدناه. تحتفظ **AGB** بحق إصدار تعويض المزايا بطريقة الدفع المتوفرة لنوع العملة، حسبما تقتضي الظروف.

في حالة اختيار التعويض بشيك بالدولار الأمريكي، انتقل مباشرة إلى القسم 8. أما طرق التعويض الأخرى، فتستمر مع الأقسام 5 و6 و7. يرجى تحديد أحد الخيارات التالية (حيثما كان ملائماً)؛ إذا لم تحدد أيًا منها، فلن يُنظر إلا إلى هذه المطالبة المقدمة فقط:

- استخدام معلومات اختيار التعويض المتكرر (RRE) الموجودة حاليًا في الملف.
- استخدام المعلومات المتوفرة في القسم 5 و/أو القسم 6 لتحديد اختيار تعويض متكرر.
- تحديث معلومات اختيار التعويض المتكرر الحالية في الملف بالمعلومات المتوفرة في القسم 5 و/أو القسم 6.
- استخدام المعلومات المتوفرة في القسم 5 و/أو القسم 6 فقط للنفقات المرتبطة بنموذج المطالبة هذا.

**ملخص التعويض (الطريقة/نوع العملة):** لن تُقبل سوى طريقة واحدة فقط للتعويض والعملة لكل نموذج مطالبة. (ما لم يُشر إلى خلاف ذلك، تُدفع التعويضات بشيكات بالدولار الأمريكي، وتكون مستحقة الدفع للطرف الذي يرسل إليه المبلغ المدفوع.)

استخدم المعلومات الواردة أدناه لإرسال أي مبلغ تعويض مستحق إلى:  العامل  مزود الخدمة

طريقة الدفع المطلوبة	بلد/نوع عملة التعويض (مثل: بريطانيا العظمى/جنيه) في حالة عدم توفر العملة التي حددتها لطريقة الدفع المطلوبة، يكون الدولار الأمريكي هو العملة الافتراضية للتعويض.
<input type="checkbox"/> تحويل أموال (مفضل) أكثر الطرق فعالية لتلقي المزايا يرسل التعويض عبر خدمة تحويل الأموال. يرجى الرجوع إلى المصرف للحصول على مساعدة بشأن توفير التعليمات المناسبة لشركة <b>AGB</b> .	
<input type="checkbox"/> شيك	(أكمل البلد/العملة وانتقل إلى القسم 8.)

#### 6- بيانات المصرف

**المصرف الأساسي:** يجب توفير البيانات التالية في حالة اختيار تحويل الأموال لتكون الطريقة المفضلة لتلقي مبالغ التعويضات. تحوّل **AGB** الأموال إلى المصرف الذي تتعامل معه دون أية تكلفة؛ إلا أنه يُفضل الرجوع إلى المصرف لتحديد أية رسوم إضافية قد يفرضها عليك لتلقي تحويل الأموال.

رقم الحساب المصرفي \_\_\_\_\_

اسم صاحب الحساب (كما يظهر في كشف الحساب المصرفي) \_\_\_\_\_

رمز تعريف المصرف/رقم التوجيه المصرفي \_\_\_\_\_

رمز S.W.I.F.T./BIC (سلكي فقط)  CHIPS UID  Federal ABA  Bank Sort ID  IBAN  رموز أخرى \_\_\_\_\_

اسم المصرف \_\_\_\_\_

عنوان المصرف (شاملًا للبلد) \_\_\_\_\_

رقم هاتف المصرف (شاملًا رمز البلد) \_\_\_\_\_

#### 7- تغطية صحية/برنامج صحي آخر

هل تمت تغطية نفقات أي من أفراد العائلة من خلال خطة صحية/برنامج صحي آخر، أو مركز رعاية طبية، أو أي خطة حكومية على مستوى الاتحاد الفيدرالي الأمريكي، أو أي ولاية أمريكية، أو خطة قومية أو اجتماعية أخرى؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى إكمال البيانات التالية.

اسم فرد العائلة وقرابته \_\_\_\_\_

(الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير/ اسم العائلة)

تاريخ ميلاد أفراد العائلة (ي/ي/ش/ش/س/س/س) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ النوع  ذكر  أنثى

اسم شركة التأمين الأخرى أو نوع التأمين \_\_\_\_\_

#### 8- التفويض (مطلوب)

لكل الإيداعات الإلكترونية: أقر أنا الموقع أدناه بأنني فوضت شركة **Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.** وشركة **Aetna Life Insurance Company ("Aetna")** وأي شركات تابعة لهما و/أو وكلاءهم المعيّنين لسداد مبالغ أية مزايا مستحقة الدفع إليّ و/أو إلى من أعول، من خلال إضافة هذه المبالغ إلى حسابي في المصرف أو المؤسسة المالية المسماة في هذا النموذج. وأقر بإخطار **Aetna** كتابة عند حدوث أي تغييرات تتعلق بالمعلومات المتوفرة في هذا النموذج أو عند سحب هذا التفويض. وأقر بأنه في حالة إيداع مبالغ غير اجتهادية في حسابي لأي سبب كان، أعيد دفع هذه المبالغ بالكامل فوراً. وأقر أيضاً أنه في حالة عدم إعادة مثل هذه المبالغ فوراً، أكون مسؤولاً شخصياً عن تكاليف التحصيل (بما في ذلك أتعاب المحاماة المعقولة وأقصى فائدة يسمح بها القانون).

**تفويض الجهة الطبية والصيدانية والمتعلقة بالأسنان والرمذ. يجب التوقيع والتاريخ:** أقر أنا الموقع أدناه بأنني فوضت جميع الأطباء، وغيرهم من متخصصي الصحة، والصيديات/الصيدياتيين، والمستشفيات، ومؤسسات الرعاية الصحية لتزويد **Aetna** وأي أطراف مستقلة تنوب عن **Aetna** أو تعاقدت معهم **Aetna** بالمعلومات المتعلقة بالرعاية الصحية، أو المشورة، أو العلاج، أو الإمدادات المقدمة إلى المريض (بما في ذلك المعلومات المرتبطة بالأمراض العقلية و/أو مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز)/مركب الأعراض المتصلة بالإيدز/العدوى بفيروس الإيدز). وتستخدم هذه المعلومات لأغراض تقييم المطالبات وإدارتها. ويجوز لشركة **Aetna** تزويد صاحب العمل المسمى في هذا النموذج بأي عملية حسابية للمزايا تستخدم في تسديد هذه المطالبة بهدف مراجعة الخبرة وتنفيذ البوليصة/العقد. يسري مفعول هذا التفويض طوال مدة سريان البوليصة أو العقد الذي تم تقديم هذه المطالبة بموجبه. وأدرك أن لديّ حقاً في الحصول على نسخة من هذا التفويض عند الطلب، وأقر بأن أي نسخة من هذا التفويض لها نفس صلاحيات النسخة الأصلية.

**تحذير:** يجرم كل من يقدم معلومات زائفة أو مضللة إلى مؤمن بغرض خداع المؤمن أو أي شخص آخر. وتشمل الجزاءات السجن و/أو الغرامة. إضافة إلى ذلك، يجوز للمؤمن رفض مزايا التأمين إذا قدّم صاحب الطلب معلومات زائفة مرتبطة مادياً بالمطالبة.

يمكنك استخدام توقيع إلكتروني على نموذج المطالبة هذا لتأكيد التحقق من التفاصيل الموضحة أعلاه والإقرار عليها. وتجنباً للشك، فإن هذا التوقيع الإلكتروني يكون صالحاً وملزماً كما لو وقعت بتوقيعك الأصلي. ويجوز لنا الاعتماد على هذا التوقيع الإلكتروني بوصفه تأكيداً على التحقق من المعلومات الموضحة أعلاه والإقرار بأنها دقيقة وغير مضللة من كافة الأوجه.

توقيع المريض أو الشخص المفوض \_\_\_\_\_ التاريخ (ي/ي/ش/ش/س/س/س) \_\_\_\_\_

يرجى الاحتفاظ بنسخة في سجلاتك