

يجب على المستشفى استكمال هذا القسم إذا كنتَ لم تتحمل أية تكاليف عن دخولك ومبيتك في المستشفى، وكانت خطتك تتضمن استحقاق نقدي

أقرأ أن

كان قد دخل المستشفى في الفترة من

إلى وكان هذا الدخول مجانياً

يجب على المستشفى ختم هذا النموذج للمطالبة هنا:

4 بيانات الدفع

بحاجة إلى معرفة: للأعضاء: يمكننا سداد قيمة المطالبات عن طريق التحويل البنكي فقط وبإحدى العملات التالية: الجنيه المصري أو الدولار الأمريكي أو اليورو أو الجنيه الاسترليني. **يتم الدفع بنفس عملة حسابك البنكي.**

من الجهة/الشخص الذي ترغب في أن نسدد له هذا المبلغ؟ (حدد واحداً فقط)

الممارس الطبي	المستشفى/العيادة	المريض/العضو (أرفق إثبات الدفع)	المجموعة/الشركة (أرفق إثبات الدفع)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

الدفع عن طريق التحويل البنكي إلى حساب بنكي

اسم البنك	
السويفت كود (Swift)/الرمز المحدد للبنك (BIC)*	
رمز تصنيف البنك (Sort) (المملكة المتحدة فقط)	
رقم الحساب البنكي	
رقم الحساب المصرفي الدولي (IBAN) بالكامل*	
اسم صاحب الحساب البنكي	
عملة الحساب البنكي	
عنوان البنك	
الرمز البريدي	
الدولة	

* يُرجى تزويدنا بكل من رقم الحساب المصرفي الدولي (IBAN) الخاص بك وكود سويفت (SWIFT) لفرع البنك الذي تتعامل معه. سيقدم لك البنك الذي تتعامل معه هذه المعلومات عند الضرورة.

فيما يلي كيفية حساب نسبة التحمل والاستقطاعات الخاصة بالمطالبات:

- في حال قيامنا بالدفع لك - سندفع قيمة مطالبتك مخصوماً منها الاستقطاع أو نسبة التحمل المقررة في وثيقتك.
 - في حال قيامنا بالدفع لمقدم الخدمة - سنأخذ منك قيمة الاستقطاع أو نسبة التحمل باستخدام بطاقة الخصم المباشر أو بطاقة الائتمان الخاصة بك.
 - إذا كنت عضواً في إحدى خطط الشركات - سندفع لمقدم الخدمة الطبية قيمة مطالبتك مخصوماً منها الاستقطاع أو نسبة التحمل المقررة في وثيقتك. تقع عليك مسؤولية سداد أي مبلغ مستحق لمقدم الخدمة بعد أن نقوم بتقييم المطالبة ودفعتها.
- لمعرفة ما إذا كانت لديك نسبة تحمل أو استقطاع، يُرجى التحقق من شهادة التأمين الخاصة بك. ويمكنك معرفة المزيد عن كيفية حساب نسب التحمل والاستقطاعات بالرجوع إلى دليل عضويتك.

5 تأمين الطرف الآخر

هل بعض التكاليف قابلة للاسترداد من شخص آخر (على سبيل المثال، شركة تأمين تابعة للدولة أو شخص / مؤسسة متورطة في حادث ما؟)

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى تقديم بيانات التواصل الخاصة بهم

الاسم	
العنوان	
البريد الإلكتروني	
رقم الهاتف (يُرجى إضافة كود الدولة وكود المنطقة ورقم الهاتف)	

معلومات هامة - يجب على المريض إكمالها

أقر أن المعلومات التي قدمتها في هذا النموذج دقيقة وصحيحة وكاملة، على حد علمي. أمانح موافقة صريحة بالأصالة عن نفسي أو نيابة عن المريض (إذا كنت أتصرف نيابة عن المريض) للأطباء وأي مقدمي خدمات طبية آخرين، مسؤولين عن علاجي أو رعايتي، أو عن الخدمات الأخرى المقدمة لي، على تزويد شركة بوبا إيجيبت للتأمين بأي معلومات مطلوبة فيما يتعلق بهذه المطالبة أو أي مطالبة سابقة، بهدف النظر في هذه المطالبة، أو معالجتها أو تدقيقها، أو التعامل معها بأي شكلٍ آخر.

التاريخ

يوم	يوم	شهر	شهر	سنة	سنة	سنة	سنة

توقيع المريض

(ولي الأمر أو الوصي إذا كان عمر المريض أقل من 16 عامًا)

الاسم بحروف واضحة

إذا كان لديك أي استفسارات تتعلق بمطالبتك، فيُرجى تسجيل الدخول إلى موقعنا الإلكتروني <https://www.bupaglobal.com/ar/egypt> أو الاتصال بفريق خدمات العملاء لدينا على:

- الهاتف: من داخل مصر على الرقم 16816 أو من خارج مصر على 2400 3600 (02) +2
- البريد الإلكتروني: egyptcustserv@bupa-intl.com

يُرجى الرجوع إلى شهادة عضويتك للاطلاع على التفاصيل الخاصة بشركة التأمين التي تتعامل معها.

قائمة مرجعية للمطالبة

يُرجى مراجعة القائمة المرجعية الآتية والتأكد من أن المعلومات والمستندات الداعمة قد تم تقديمها، حيثما أمكن:

- مستندات واضحة ومقروءة وغير محجوبة (يجب ألا تحجب الإيصالات المصورة تصويرًا ضوئيًا أي تفاصيل أو كتابة واضحة بخط اليد، إلخ)
- الأعراض و/أو التشخيص، عندما يتم إثبات الحالة، بالإضافة إلى تاريخ بدايتها
- الوصفة الطبية للمطالبات الصيدلانية والخاصة بالبصريات
- الفاتورة النهائية المفصلة التي تشمل تواريخ تلقي العلاج، ووصف كل خدمة مقدمة وتكلفتها (يُرجى ملاحظة أنه لا يمكننا قبول الفواتير المؤقتة أو التقديرية)
- تقرير الخروج الطبي، لحالات العلاج في القسم الداخلي في المستشفى والإجراءات الجراحية
- تعليمات الدفع الكاملة بما في ذلك عملة الدفع
- إثبات الدفع للمطالبات المدفوعة بواسطة العضو/المجموعة/الشركة
- التوقيع والاسم والتاريخ المقدم للإقرار الطبي (القسم 8)

سنرسل لك بريدًا إلكترونيًا إذا كُنَّا بحاجة للمزيد من المعلومات لإكمال تقييم مطالبتك. كما يمكنك تتبع تقدم التقييم عبر الإنترنت من خلال حسابك على MembersWorld.

3 Cash benefit

The hospital should complete this section if there were no charges for your overnight admission, and your health plan includes a cash benefit.

I confirm that
 was in hospital from to
 and this admission was free of charge.

The hospital needs to stamp this claim form here:

4 Payment details

Need to know: For members: We can pay claims by bank transfer only and in one of the following currencies: EGP, USD, EUR, or GBP.

Payment is made in the same currency of your bank account.

Who would you like us to pay? (select one only)

Medical Practitioner <input type="radio"/>	Hospital or clinic <input type="radio"/>	Patient or member (enclose proof of payment) <input type="radio"/>	Group or company (enclose proof of payment) <input type="radio"/>
---	---	---	--

Payment by bank transfer to a bank account

Bank name	
SWIFT / BIC code*	
Sort code (UK only)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Bank account number	
Full IBAN number*	
Bank account holder name	
Bank account currency	
Bank address	
Post / Zip code	
Country	

Please provide the IBAN and the SWIFT code of your bank branch. Your bank will be able to give you with this information.

Here's how we process co-insurances and deductibles for claims:

- If we're paying you - we'll pay your claim less the deductible or co-insurance amount you have on your policy.
- If we're paying the provider - we'll take the deductible or co-insurance amount from you using your direct debit or credit card.
- If you're a member of a company plan - we'll pay the medical provider for the claim less the deductible or co-insurance amount you have on your policy. You're responsible for paying any outstanding amount to the provider after we've assessed and paid the claim.

To find out if you have a co-insurance or deductible, please check your insurance certificate. You can find out more about how co-insurances and deductibles work in your membership guide.

5 Third party insurers

Are some of the costs recoverable from someone else (for example, another insurer or a person or organisation involved in an accident)? Y N

If yes, please give their contact details:

Name	
Address	
Email	
Telephone (Please include country code, area code and number)	

6 Privacy notice

Last updated: May 2023

We are committed to protecting your privacy when dealing with your personal information. This privacy notice provides an overview of the information we collect about you, how we use and protect it. It also provides information about your rights. If you have any questions about how we handle your information, please contact us at egyptcustserv@bupa-intl.com.

Information about Bupa Egypt Insurance

In this privacy notice, references to “we” or “us” or “our” are to Bupa Egypt Insurance, your insurer and Bupa Insurance Services Limited, your international policy administrator. For company contact details, visit <https://www.bupaglobal.com/en/egypt/legal-notice>

1. What this privacy notice covers

This privacy notice applies to anyone who interacts with us in relation to our products and services (“you”, “your”), via any channel (for example email, website, telephone, app etc.).

2. Ways in which we obtain personal information

We collect personal information from you and from certain third parties (for example those acting on your behalf, like brokers, healthcare providers and so on) with your prior consent. If you give us information about other people, you must make sure that they have seen a copy of this privacy notice and have provided their consent for you doing this.

3. Categories of personal information

We process the following categories of personal information about you and, if it applies, your dependants. This is standard personal information (for example information we use to contact you, identify you or manage our relationship with you), special categories of information (for example health information, information about race, ethnic origin and religion that allows us to tailor your care) and information about any criminal convictions and offences (we may get this information when carrying out anti-fraud or anti-money laundering checks or other background screening activity).

4. Purposes and lawful grounds of our processing personal information

We process your personal information for the purposes set out in this Notice, including to deal with our relationship with you (including for claims and complaints handling), for research and analysis, to monitor our expectations of performance (including of health providers relevant to you) and to protect the rights, property, our safety and the safety of our customers, or others. The legal reason we process personal information depends on what category of personal information we process.

We normally process standard personal information on the basis that it is necessary for the performance of a contract, our or a third parties' legitimate interests or it is required or permitted by applicable law. We process special categories of information because it is necessary for an insurance purpose or because we have your permission. We may process information about your criminal convictions and offences (if any) if this is necessary to prevent or detect a crime.

5. Processing for Profiling and Automated Decision Making

Like many businesses, we sometimes use automation to provide you with a quicker, better, more consistent, and fair service, as well as with marketing information we think will be of interest (including discounts on our products and services). This may involve evaluating information about you and, in limited cases, using technology to provide you with automatic responses or decisions. You have the right to object to direct marketing and profiling relating to direct marketing. You may also have rights to object to other types of profiling and automated decision-making, please contact us for further information.

6. Sharing your information

With your prior consent, we share your information within the Bupa Group, with relevant policyholders (including your employer if you are covered under a group scheme), with funders who arrange services on your behalf, those acting on your behalf (for example brokers and other intermediaries) and with others who help us provide services to you (for example healthcare providers) or who we need information from to handle or check claims or entitlements (for example professional associations). We also share your information in accordance with the law.

7. Transfers outside of Egypt, the UK, and the European Economic Area (EEA)

We deal with many international organisations and use global information systems. As a result, with your prior consent, we transfer your personal information to countries outside of Egypt and outside of the UK and European Economic Area (“EEA”), the EU member states including Norway, Liechtenstein and Iceland) for the purposes set out in this privacy notice.

8. How long we retain your personal information

We keep your personal information in line with set periods calculated using the following criteria.

- How long you have been a customer with us, the types of products or services you have with us, and when you will stop being our customer.
- How long it is reasonable to keep records to show we have met the obligations we have to you and by law.
- Any time limits for making a claim.
- Any periods for keeping information which are set by law or recommended by regulators, professional bodies, or associations.
- Any relevant proceedings that apply.

9. Your rights

You have rights to have access to your information and to ask us to correct, erase and restrict use of your information. You also have rights to object to your information being used, to ask for the transfer of information you have made available to us, to withdraw permission for us to use your information and to ask us not to make automated decisions which produce legal effects concerning you or similarly significantly affects you. Please contact us if you would like to exercise any of your rights.

10. Data Protection Contacts

If you have any questions, comments, complaints or suggestions in relation to this notice, or any other concerns about the way in which we process information about you, please contact us at egyptcustserv@bupa-intl.com. You also have a right to make a complaint to your local privacy supervisory authority. You can also make a complaint with another supervisory authority which is based in the country or territory where you live; you work; or the matter you are complaining about took place.

11. Our Complaints Procedure

It is always our intention to provide a first-class service to our members. However, if you have any comments or complaints, you can call our customer helpline on +20 (2) 2400 3600. Alternatively, you can email egyptcustserv@bupa-intl.com, or write to us at Bupa Egypt Insurance, Bldg 3/B1, Mivida Business Park, 5th Settlement, New Cairo, 11835, Egypt. If you remain unhappy with our final response, you may refer your complaint to the Complaints Department of the Egyptian Financial Regulatory Authority.

