

نموذج مطالبة

كيف ترسل لنا مطالبة

يمكنك أن ترسل لنا المطالبة من خلال:

- استخدام حسابك على https://www.bupaglobal.com/ar/egypt) **MembersWorld**). ويجب عليك استكمال الحقول الإلزامية في قسم «تقديم مطالبة». (هذا هو الخيار الأسرع).
 - ه ع**ن طريق البريد.** يمكّنك إدخال البيانات مباشرة في هذا النموذج أو الكتابة بوضوح بأحرف كبيرة بالحبر الأسود. يُرجى التأكد من توقيعه يدويًا.

بمجرد استكماله، أرسله بالبريد إلى: بوبا إيجيبت للتأمين، مبنى رقم 3/ب1، مجمع ميفيدا التجارى، التجمع الخامس، القاهرة الجديدة، رقم بريدى 11835. مصر.

يُرجى استكمال جميع أقسام النموذج بوضوح لتجنب أي تأخير وإعادة إرساله إلينا في أقرب وقت ممكن (من الأفضل أن يكون ذلك في غضون عامين من تاريخ العلاج). يُرجى إكمال نموذج مطالبة جديد / منفصل بالنسبة لـ :

کل مریض
 کل اقامه بالمستشفی / حالة إقامة لیوم واحد
 کل حالة طبیة

لن نتمكن من إعادة المستندات الأصلية، ولكن يسعدنا تقديم نسخ معتمدة عند الطلب.

قبل تقديم المطالبة يُرجى الرجوع إلى القائمة المرجعية الواردة في نهاية النموذج.

هذه الوثيقة باللغتين العربية والإنجليزية.

1 معلومات المريض (يجب استكماله من قبل الشخص الذي تلقى العلاج أو ممثله المعتمد)											
اسم المجموعة (إن وجد):											
BI											
اللقب											
الاسم الأول											
لقب العائلة											
تاريخ الميلاد اسنة اسنة اسنة اشعر شعر بوم الوم الوم											
عنوان المراسلة الحالي:											
المبنى											
الشارع											
البلدة/المدينة											
رمز المنطقة											
المنطقة											
الدولة											
البريد الإلكتروني											
رقم الهاتف (پُرجي إضافة كود الدولة وكود المنطقة ورقم الهاتف)											

2 تفاصيل المطالبة/التفاصيل الطبية	(حييما أمكن، يــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	ب استد جب إكم	ىمان ج الھا م	میع ن قبر	لافس ، المري	م مں ض)	مبں ال	ممارس	تطبي	المسوا	ى بسخا	عام د	عں علاجِ	ć
في أي دولة تم العلاج؟														
ما هي العملة التي صدرت بها الفاتورة؟														
ما هو إجمالي مبلغ المطالبة؟														
التفاصيل الطبية:														
سبب العلاج / زيارة الممارس الطبي، مثل الأعراض والتشخيد	ص إذا كان معر	فا												
هل العلاج مرتبط ب السلامة الصحية أو الوقائية 🔵 الحم	ل والولادة 🔾	الأورام	\bigcirc	لأسن	ان (ا أخص	ىائيو ال نائيو ال	بصریات سحیح النظر)		قبل دخ	ول المى	ىتشفر	ر أو بعد	دها 🔾
متى بدأت الأعراض؟	سنة سنة س	ة شهر ن	ىھر يوم	يوم										
متى كان تاريخ العلاج / الاستشارة؟	سنة سنة س	ة شهر ن	ىھر يوم	يوم										
تفاصيل العلاج الذي حصل عليه المريض، والتي تضم العمليا،	تفاصيل العلاج الذي حصل عليه المريض، والتي تضم العمليات والأدوية													
معلومات الممارس الطبي:														
الاسم														
التخصص/المؤهلات	لتخصص/المؤهلات													
اسم المنشأة الطبية														
العنوان														
البريد الإلكتروني														
رقم الهاتف (يُرجى إضافة كود الدولة وكود المنطقة ورقم الها	تف)													
تفاصيل الدخول إلى المستشفى (إن وجدت):											1			
تاريخ الدخول سنة سنة سنة شعر شعر يوم يوم تاري	يخ الخروج	سنة ب	سنة سن	ا سنة	شهر بأ	ىھر يوم	ا يوم	تاريخ الد	جراحة	سنة	سنة سنة	سنة ش	هر شهر	يوم يوم
اسم المستشفى														
العنوان														
				_										
البريد الإلكتروني					\perp	<u>_</u>			Ļ			<u> </u>		
رقم الهاتف (يُرجى إضافة كود الدولة وكود المنطقة ورقم الها	تف)								<u></u>					
توقيع الممارس الطبي						וו	تاريخ							
							āiu	سنة	سنة	سنة	شهر		بوم	bðī
					L									
الاسم بحروف واضحة														

	3 استحقاق نقدي											
يجب على المستشفى استكمال هذا القسم إذا كنتَ لم تتحمل أية تكاليف عن دخولك ومبيتك في المستشفى، وكانت خطتك تتضمن استحقاق نقدي أقر أن												
ة من												
وكان هذا الدخول مجانيًا ووذد المطالبة هنا:	إلى											
عبودج مسحابه ها	ريب عن المستسفى <i>حم هدا الس</i> 4 بيانات الدفع											
ا سداد قيمة المطالبات عن طريق التحويل البنكى فقط وبإحدى العملات التالية: الجنيه المصرى أو الدولار الأمريكي أو اليورو أو الجنيه												
لة حسابك البنكي. ب أن نسدد له هذا المبلغ؟ (حدد واحدًا فقط)	الاسترليني. يتم الدفع بنفس عملة من الجهة/الشخص الذي ترغب في أ											
المستشفى/العيادة المريض/العضو (أرفق إثبات الدفع) المجموعة/الشركة (أرفق إثبات الدفع)	الممارس الطبي الا											
الدفع عن طريق التحويل البنكي إلى حساب بنكي اسم البنك												
*(RIC) ->1iull	السونفت كود (Swift)/الرمز المحدد للا											
	رمز تصنيف البنك (Sort) (المملكة اا											
	رقم الحساب البنكي											
ا الكامل* (IBA) بالكامل *	رقم الحساب المصرفي الدولي (BAN											
	اسم صاحب الحساب البنكي											
	عملة الحساب البنكي											
	عنوان البنك											
	الرمز البريدي											
	الدولة											
ل والاستقطاعات الخاصة بالمطالبات: .فع قيمة مطالبتك مخصومًا منها الاستقطاع أو نسبة التحمل المقررة في وثيقتك.												
. حق حيمة المستخدمة الاستقطاع أو نسبة التحمل باستخدام بطاقة الخصم المباشر أو بطاقة الائتمان الخاصة بك. غدمة - سنأخذ منك قيمة الاستقطاع أو نسبة التحمل باستخدام بطاقة الخصم المباشر أو بطاقة الائتمان الخاصة بك. لشركات - سندفع لمقدم الخدمة الطبية قيمة مطالبتك مخصومًا منها الاستقطاع أو نسبة التحمل المقررة في وثيقتك.	 في حال قيامنا بالدفع لمقدم الخد 											
مستحق لمقدم الخدمة بعد أن نقوم بتُقييمُ المطالبةُ ودفعها. مل أو استقطاع، يُرجى التحقق من شهادة التأمين الخاصة بك. ويمكنك معرفة المزيد عن كيفية حساب نسب التحمل والاستقطاعات	تقع عليك مسؤولية سداد أي مبلغ م لمعرفة ما إذا كانت لديك نسبة تحمل											
	بالرجوع إلى دليل عضويتك.											
د من شخص آخر)على سبيل المثال، شركة تأمين تابعة للدولة أو شخص / مؤسسة متورطة فى حادث ما؟ $\widehat{(N)}(\widehat{\mathbb{N}})$	5 تأمين الطرف الآخر هل بعض التكاليف قابلة للاسترداد											
بيانات التواصل الخاصة بهم التواصل الخاصة بهم	إذا كانت الإجابة بنعم. يُرجى تقديم بيا											
	الاسم											
	العنوان											
	io.74111.50.11											
	البريد الإلكتروني المواتف (يُرجى إضافة كود الدولة											

آخر تحديث: مايو 2023

إننا ملتزمون بحماية خصوصيتك عند التعامل مع معلوماتك الشخصية. ويقدم لك إشعار الخصوصية هذا نظرة عامة على المعلومات التي نجمعها عنك. وعن كيفية استخدامها وحمايتها. يوفر هذا القسم أيضًا معلومات عن حقوقك. إذا كان لديك أي أسئلة عن كيفية معالجتنا لمعلوماتك، فيُرجى التواصل معنا على البريد الإلكتروني egyptcustserv@bupa-intl.com.

معلومات عن شركة بوبا إيجيبت للتأمين

في هذا الإشعار للخصوصية، ترمز الإشارة بـ «نحن» أو «لنا» أو «لدينا» إلى شركة بوبا إيجيبت للتأمين، شركتك التأمينية، وBupa Insurance Services Limited. مسؤول الإدارة الدولية لوثيقتك. للاطلاع على معلومات الاتصال بالشركة، يُرجى زيارة https://www.bupaglobal.com/en/egypt/legal-notices

1. ما يغطيه هذا الإشعار للخصوصية

ينطبق هذا الإشعار للخصوصية على أي شخص يتعامل معنا فيما يتعلق بمنتجاتنا وخدماتنا (»أنت». «الخاص بك»(عبر أي قناة)مثل البريد الإلكتروني أو الموقع الإلكتروني أو الهاتف أو تطبيق. وغيرها).

2. الطرق التي نحصل من خلالها على المعلومات الشخصية

إننا نجمع المعلومات الشخصية منك ومن أطراف خارجية معينة (على سبيل المثال، من يعملون نيابة عنك، مثل الوسطاء ومقدمي الرعاية الصحية وغيرهم) بعد الحصول على موافقتك المسبقة. إذا قدمت لنا معلومات عن أشخاص آخرين. يجب عليك التأكد من أنهم اطلعوا على نسخة من هذا الإشعار للخصوصية وقدموا موافقتهم على قيامك بذلك.

3. فئات المعلومات الشخصية

نعالج الفئات الآتية من المعلومات الشخصية المتعلقة بك، ومن تعولهم، إن وجدوا. إنها معلومات شخصية عادية (مثل المعلومات التي نستخدمها للاتصال بك، أو لتحديد هويتك، أو لإدارة علاقتنا معك)، وفئات خاصة من المعلومات (على سبيل المثال المعلومات الصحية. والمعلومات المتعلقة بالعرق والأصل العرقي والدين، مما يسمح لنا بتقديم الرعاية المناسبة لك)، ومعلومات حول أي إدانات وجرائم جنائية (قد نحصل على هذه المعلومات عند إجراء أي عمليات فحص تتعلق بمكافحة الاحتيال أو مكافحة غسيل الأموال أو أي نشاط آخر لفحص خلفيتك).

4. الأغراض والأسس القانونية لمعالجتنا للمعلومات الشخصية

إننا نعالج معلوماتك الشخصية للأغراض المنصوص عليها في هذا الإشعار. والتي تتضمن إدارة علاقتنا معك (ومنها معالجة المطالبات والشكاوى)، ولأغراض البحث والتحليل. ومراقبة توقعاتنا فيما يتعلق بالأداء (بما في ذلك أداء مقدمي الخدمات الصحية المعنيين بحالتك)، وكذلك لحماية الحقوق والممتلكات، وحماية سلامتنا وسلامة عملائنا، أو الآخرين. يعتمد السبب القانوني لمعالجتنا للمعلومات الشخصية على فئة المعلومات الشخصية التي نعالجها. فعادة ما نعالج المعلومات الشخصية العادية نظرًا لأهميتها لتنفيذ عقدٍ ما. أو للمصالح المشروعة لنا أو للأطراف الخارجية، أو لأنها مطلوبة أو مسموح بها بموجب القانون المعمول به. إننا نعالج الفئات الخاصة من المعلومات لأنها ضرورية لغرض التأمين أو لأننا لدينا تصريح منك بذلك. قد نعالج المعلومات حول الإدانات

5. المعالجة لإنشاء ملفات تعريفية واتخاذ القرارات آليًا

مثل العديد من الشركات، أحيانًا ما نستخدم المعالجة الآلية لتزويدك بخدمة أسرع وأفضل، وأكثر اتساقًا وعدلاً بالإضافة إلى تزويدك بالمعلومات التسويقية التي نعتقد أنها ستكون مهمة بالنسبة لك (ومنها الخصومات على منتجاتنا وخدماتنا). قد يتضمن ذلك تقييم معلوماتٍ تخصك، وفي حالاتٍ محدودة، استخدام التكنولوجيا لتزويدك بإجاباتٍ أو قراراتٍ آلية. لديك الحق في الاعتراض على التسويق المباشر وإعداد الملفات الشخصية فيما يتعلق بالتسويق المباشر. كما قد يحق لك الاعتراض على أنواع أخرى من التصنيف واتخاذ القرار آليًا، يُرجى الاتصال بنا لمزيد من المعلومات.

6. مشاركة معلوماتك

بعد الحصول على موافقتك المسبقة. يمكننا مشاركة معلوماتك داخل مجموعة بوبا. مع حاملي وثائق التأمين المعنيين (بما في ذلك صاحب عملك إذا كنت مشمولاً بالتغطية بموجب برنامج جماعي)، ومع الممولين الذين ينظمون الخدمات نيابةً عنك، والمتصرفين نيابةً عنك (على سبيل المثال السماسرة والوسطاء الآخرين)،وكذلك مع الآخرين الذين يساعدوننا في تقديم الخدمات لك (على سبيل المثال مقدمي الرعاية الصحية) أو الذين نحتاج منهم إلى معلومات للتعامل مع المطالبات أو الاستحقاقات أو التحقق منها (على سبيل المثال المثال المثال المثال

7. نقل المعلومات خارج مصر والمملكة المتحدة والمنطقة الاقتصادية الأوروبية دده.

(EEA)

إننا نتعامل مع العديد من المنظمات الدولية ونستخدم أنظمة المعلومات العالمية. لذلك، وبعد الحصول على موافقتك المسبقة. نقوم بنقل معلوماتك الشخصية إلى بلدان خارج مصر وخارج المملكة المتحدة والمنطقة الاقتصادية والدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي (مثل النرويج وليختنشتاين ،(»EEA») الأوروبية وأيسلندا) للأغراض المنصوص عليها في هذا الإشعار للخصوصية.

8. إلى متى سنحتفظ بمعلوماتك الشخصية

سنحتفظ بمعلوماتك الشخصية وفقًا للفترات المحددة المحسوبة باستخدام المعايير الآتية.

- متى بدأت علاقتك بنا، وأنواع المنتجات أو الخدمات التي تحصل عليها منّا،
 ومتى ستتوقف علاقتك بنا.
- المدة المعقولة للاحتفاظ بالسجلات لإثبات أننا قد أوفينا بالتزاماتنا تجاهك وبموجب القانون.
 - أي حدود زمنية لتقديم مطالبة.
- أي فترات للاحتفاظ بالمعلومات يحددها القانون، أو يوصي بها المنظمون.
 أو الجهات المهنية، أو الجمعيات.
 - أي إجراءات معنية يتم تطبيقها.

9 . حقوقك

يحق لك الوصول إلى معلوماتك. ومطالبتنا بتصحيحها أو محوها أو تقييد استخدمها. كما يحق لك الاعتراض على استخدام معلوماتك. والمطالبة بنقل المعلومات التي أتحتها لنا. وسحب موافقتك على استخدامنا لمعلوماتك. ومطالبتنا بعدم اتخاذ قرارات آلية ينتج عنها آثار قانونية تتعلق بك أو تؤثر عليك تأثيرًا كبيرًا بأي شكل مماثل. يُرجى الاتصال بنا إذا كنت ترغب في ممارسة أي من هذه الحقوق.

10 . جهات الاتصال المعنية بحماية البيانات

إذا كان لديك أي أسئلة أو تعليقات. أو شكاوى أو اقتراحات، فيما يتعلق بهذا الإشعار. أو أي مخاوف أخرى حول الطريقة التي نعالج بها معلوماتك، فيُرجى التواصل معنا على egyptcustserv@bupa-intl.com.

كما يحق لك تقديم شكوى إلى السلطة المحلية للإشراف على الخصوصية. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى سلطة إشرافية أخرى يقع مقرها في الدولة أو الإقليم الذي تعيش أو تعمل فيه: أو الذي وقع فيه الأمر الذي تشتكي منه.

11 . إجراءات الشكاوي لدينا

دائمًا ما نهدف إلى تقديم خدمة عالية المستوى لأعضائنا. ولكن إذا كان لديك أي

1	•••	1
Ш	ഥ	
	_	

معلومات هامة - يجب على المريض إكمالها

أقر أن المعلومات التي قدمتها في هذا النموذج دقيقة وصحيحة وكاملة، على حد علمي. أمنح موافقة صريحة بالأصالة عن نفسي أو نيابة عن المريض (إذا كنت أتصرف نيابةً 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 شكل آخر.

توقيع المريض	التاريخ						
	سنة	سنة	سنة	نبنة		يوم	يوم
(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 الدنيا على:

الهاتف: من داخل مصر على الرقم 16816 أو من خارج مصر على 3600 2400 (02) 2+

o البريد الإلكتروني: egyptcustserv@bupa-intl.com

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

یرجی الرجوع إلی شهاده عصویتت تلاصلاع علی التفاضیل الخاصة بشرخه التامیل التي تتعامل فعها.
قائمة مرجعية للمطالبة
برجى 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 كنّا بحاجة للمزيد من المعلومات لإكمال تقييم مطالبتك. كما يمكنك تتبع تقدم التقييم عبر الإنترنت من خلال حسابك على MembersWork.

Claim form



How to send us a claim

You can send us a claim:

- Using your MembersWorld account (https://www.bupaglobal.com/en/egypt). You can complete the mandatory fields in the 'submit a claim' section. (This is the quickest option).
- By post. You can type directly into this form or write clearly in block capitals using black ink. Please make sure that it is manually signed. Once completed send it by post to Bupa Egypt Insurance, Mivida Business Park, Bldg 3/B1, 5th Settlement, New Cairo, 11835. Egypt.

Please complete all sections of this form clearly to avoid any delays and return it to us as soon as you can (ideally within two years of your treatment date).

Please complete a new or separate claim form for:

- o each in-patient or day-case stay each patient o each medical condition o each claim currency
- We're unable to return original documents, but we're happy to provide certified copies if you need them. Before sending us your claim, please read the checklist at the end of this form to make sure you've included everything.

This docume	nt is	IN A	rabi	c an	a En	igiisi	n.																								
1 Patient	's c	leta	ails	(tc	be	cor	nple	etec	d by	the	e pe	rsor	n ha	ving	g tre	eatn	nent	t or	the	eir au	uthc	orise	ed re	epre	sen	ıtati	ve)				
Patient member	rship	nun	nber	:																Gro	up n	ame	(if a	ppli	cab	le):					
BI -] -] -																		-					
Title																															
First name																															
Family name																															
Other names																															
Date of birth	D	D	М	М	Υ	Υ	Υ	Υ																							
Current corres	pond	lenc	e ad	dres	ss:																										
Building																															
Street																															
Town / city																															
Area code												РО	Вох	<																	
Region																															
Country																															
We'll send all o (https://www.b								ss. Y	ou c	an ı	upda	te y	our	deta	ails c	nlin	e at	any	tim	e by	visit	ing	Men	nber	swo	rld					
Email																															
Telephone (Ple	Telephone (Please include country code, area code and number)																														

2	Clai	m/	me	dic	al	det	tail	s									ns s atme																erall			
In wh	hich co	unt	ry di	d th	e tre	eatm	ent 1	take	plac	ce?																										
Wha	t is the	cu	rrenc	cy of	the	invo	oice?	1																												
Wha	t is the	tot	al ar	noui	nt of	f the	claiı	m?																												
Medi	ical De	tail	s:																																	
Reas	on for	trea	atme	nt o	r vis	it to	med	dical	pra	ctitic	ner,	, suc	h as	the	sym	ptor	ns a	nd c	diagr	nosis	if kı	now	n													
Is the	e treati	mer	nt rel	atec	l to	We	llnes	ss or	prev	venta	ative	9 () M	1ater	nity) 0	nco	logy) [Dent	al ()	O (corre	oticia ct vis	ans (\bigcirc	Pre	e or	post	hos	pita	lisati	on	
Whe	n did s	sym	otom	ns be	egin	?							D	D	М	М	Υ	Υ	Υ	Υ																
Whe	n was	the	date	of t	reat	men	t/c	onsı	ultat	ion?			D	D	М	М	Υ	Υ	Υ	Υ																
Deta	ils of t	reat	men	t red	eive	ed, in	cluc	ling	opei	ratio	ns a	nd r	nedi	catio	ns																					
Medi	ical Pra	acti	ione	er's c	deta	ils:																														
Nam	е																																			
Spec	ciality/(Qua	lifica	ition	S																															
Medi	ical fac	ility	nam	ne																																
Addı	ress																																			
Emai	il																																			
Telep	ohone	(Ple	ase i	inclu	ıde d	coun	try c	ode	, are	а со	de a	and r	numl	oer)																						
Hosp	oital ac	lmis	sion	det	ails	(if a	pplic	cable	e):											1	1															
Adm	ission	date	9	D	D	М	М	Υ	Υ	Υ	Υ	Dis	cha	rge o	date		D	D	М	М	Υ	Υ	Υ	Υ	Sui	rger	y da	te	D	D	М	М	Υ	Υ	Υ	Υ
Hosp	oital na	me																																	Ш	
Addı	ress																																			
Emai	il																																			
Telep	ohone	(Ple	ase i	inclu	ide d	coun	try c	ode	, are	a co	de a	and r	numl	oer)																						
Maa	licale	n ka	ctit	ion	O 112	ىنى د	~ e.ci r	+	^ -														D	ate												
тмес	dical	pra	ctit	non.	er"	s SI	gna	rtur	e														Da	ate												
																							D	,	D		Μ		М	Υ		Υ		Υ	Υ	
Du:	nama																																			
Print	name																																	Ш		

3 Cash benefit																															
The hospital should complete confirm that	 ee of	 char	 ge.		 . to	••••		••••					over	nigh	nt ad	lmis	sion,	, and	d you	ur he	ealth	pla	n ine	clud	es a	casl	n be	nefit	:-		
4 Payment detai	ls																														
Need to know: For member Payment is made in the sa	ame c	curre	ncy	of yo	our k	-				r on	ly ar	nd in	one	of t	the f	ollov	ving	cur	renc	ies: I	EGP,	USI), EL	JR, c	or GE	3P.					
Who would you like us to p	oay?		ect or spita					Da	tiont		man	ohor	(on	close	e pro	of o	fna	· · · ·	nt)			ora		pany	. (on						
Medical Flactitioner		HUS	ърна ())	CIIIII	-		ra	LIEIII	. 01	men	ibei	(611		e pro	001 0	пра	yme	1111)	G	oup	01 (,0111	Jaily	(en		e pri	JOI (л ра	yiiie	1111)
Payment by bank transfer to a bank account																															
Bank name																															
SWIFT / BIC code*																															
Sort code (UK only)] -			-																									
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 ins	ure	rs																													
Are some of the costs reco				som	eone	e els	e (fo	or ex	amp	ole, a	anot	her i	nsur	er o	rap	ersc	n or	org	anis	atio	n inv	olve	ed in	an a	эссіс	lent))? (Y (Ŋ		
Name																															
Address																															
Email																															
Telephone (Please include	coun	itry c	code	, are	a co	de a	ınd r	numk	oer)																						

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-notices

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.
- o 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.

7 Declaration

Important information - to be completed by the patient

I confirm that the information I have given on this form is accurate, correct and complete, to the best of my knowledge. I give explicit consent on behalf of myself or the patient (if acting on the patient's behalf) for the doctors and any other medical providers responsible for my treatment, care or other services provided to me, to provide Bupa Egypt Insurance or its service partners with any information requested in connection with this claim or any past claim, for the purpose of considering, processing, auditing or otherwise handling this claim.

Patient's signature	Date							
	D	D	М	М	Υ	Υ	Υ	Υ
(Parent or guardian if patient is under 16)								
Print Name								

If you have any queries regarding your claim, log onto our website https://www.bupaglobal.com/en/egypt or contact our customer services team on:

o Phone: Inside Egypt 16816 or from outside Egypt +2 (02) 2400 3600

o Email: egyptcustserv@bupa-intl.com

Please refer to your insurance certificate for details of your insurer.

Claim checklist									
Please review the following checklist and ensure that you provide the information and supporting documents, where applicable:									
Clear, readable and unobscured documents (photocopied receipts should not obscure any details, clear handwriting, etc)									
Symptoms and/or diagnosis, where this has been established, along with the date they started									
Prescription for pharmacy and optical claims									
Final itemised invoice to include treatment dates, description and cost of each service provided (please note we cannot accept interim or estimate invoices)									
A medical discharge report, for in-patient treatment and surgical procedures									
Complete payment instructions including payment currency									
Proof of payment for policyholder, group or company paid claims									
Signature, name and date provided for the declaration above									
We'll email you if we need more information to complete the assessment of your claim. You can also track the progress of the assessment online in your MembersWorld account.									