



نموذج مطالبة

كيف ترسل لنا مطالبة

يمكنك أن ترسل لنا المطالبة من خلال:

- استخدام حسابك على MembersWorld (<https://www.bupaglobal.com/ar/egypt>). ويجب عليك استكمال الحقول الإلزامية في قسم «تقديم مطالبة».
- (هذا هو الخيار الأسرع).
- عن طريق البريد. يمكنك إدخال البيانات مباشرة في هذا النموذج أو الكتابة بوضوح بأحرف كبيرة بالحبر الأسود. يُرجى التأكد من توقيعه يدوياً.
- بمجرد استكماله، أرسله بالبريد إلى: بوبا إيجيبت للتأمين، ديسنريكت 5 كامباس - المبني 807، طريق العين السخنة، القاهرة الجديدة، البريدي رقم 11361، 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:

- كل مريض
 - كل إقامة بالمستشفى / حالة إقامة ليوم واحد
 - كل حالة طيبة
 - كل عملية لسداد التكاليف
- لنتمكن 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)

رقم عضوية المريض:

اسم المجموعة (إن وجد):

BL	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

اللقب

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الاسم الأول

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

لقب العائلة

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

يوم	شهر	سنة	الموعد							
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	--------

تاريخ الميلاد

عنوان المراسلة الحالي:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

المبني

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الشارع

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

البلدة/المدينة

<input type="text"/>	صندوق البريد										
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--------------

رمز المنطقة

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

المنطقة

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الدولة

سنرسل جميع المراسلات إلى هذا العنوان. يمكنك تحديث بياناتك عبر الإنترنت في أي وقت عن طريق زيارة <https://www.bupaglobal.com/ar/egypt>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

البريد الإلكتروني

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رقم الهاتف (يُرجى إضافة كود الدولة وكود المنطقة ورقم الهاتف)

2 تفاصيل المطالبة/التفاصيل الطبية (حيثما أمكن، يجب استكمال جميع الأقسام من قبل الممارس الطبي المسؤول بشكل عام عن علاج المريض، وإلا فيجب إكمالها من قبل المريض)

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 والتشخيص إذا كان معروفاً	
<input type="radio"/> السلامة الصحية أو الوقائية <input type="radio"/> الحمل والولادة <input type="radio"/> الأورام <input type="radio"/> الأنسان <input type="radio"/> أخصائيو البصريات (تصحيح النظر) <input type="radio"/> قبل دخول المستشفى أو بعدها	هل العلاج مرتبط بـ
<input type="radio"/> يوم <input type="radio"/> يوم <input type="radio"/> شهر <input type="radio"/> سنة <input type="radio"/> سنة <input type="radio"/> سنة <input type="radio"/> سنة	منذ بدأت الأعراض؟
<input type="radio"/> يوم <input type="radio"/> يوم <input type="radio"/> شهر <input type="radio"/> سنة <input type="radio"/> سنة <input type="radio"/> سنة <input type="radio"/> سنة	منذ كان تاريخ العلاج / الاستشارة؟
تفاصيل العلاج الذي حصل عليه المريض، والتي تضم العمليات والأدوية	

معلومات الممارس الطبي:

	الاسم
	التخصص/المؤهلات
	اسم المنشأة الطبية
	العنوان
	البريد الإلكتروني
رقم الهاتف (يُرجى إضافة كود الدولة وكود المنطقة ورقم الهاتف)	

تفاصيل الدخول إلى المستشفى (إن وجدت):

تاريخ الجراحة	تاريخ الخروج	تاريخ الدخول
<input type="radio"/> يوم <input type="radio"/> يوم <input type="radio"/> شهر <input type="radio"/> شهر <input type="radio"/> سنة <input type="radio"/> سنة <input type="radio"/> سنة	<input type="radio"/> يوم <input type="radio"/> يوم <input type="radio"/> شهر <input type="radio"/> شهر <input type="radio"/> سنة <input type="radio"/> سنة <input type="radio"/> سنة	<input type="radio"/> يوم <input type="radio"/> يوم <input type="radio"/> شهر <input type="radio"/> شهر <input type="radio"/> سنة <input type="radio"/> سنة <input type="radio"/> سنة
اسم المستشفى		العنوان
البريد الإلكتروني		
رقم الهاتف (يُرجى إضافة كود الدولة وكود المنطقة ورقم الهاتف)		

التاريخ	توقيع الممارس الطبي
<input type="radio"/> يوم <input type="radio"/> يوم <input type="radio"/> شهر <input type="radio"/> شهر <input type="radio"/> سنة <input type="radio"/> سنة <input type="radio"/> سنة	
الاسم بحروف واضحة	

استحقاق نقدی 3

يجب على المستشفى استكمال هذا القسم إذا كنت لم تحمل أية تكاليف عن دخولك ومبئتك في المستشفى، وكانت خطتك تتضمن استحقاق ندي
.....
أقر أن
.....
كان قد دخل المستشفى في الفترة من
إلى
وكان هذا الدخول مجانيًّا
يجب على المستشفى ختم هذا النموذج للمطالبة هنا:

بيانات الدفع 4

بحاجة إلى معرفة: يمكننا سداد قيمة المطالبات عن طريق التحويل البنكي فقط وبأحدى 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)

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

* يرجى 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، كافية حساب نسبة التحمل والاستقطاعات الخاصة بالمطالبات:

- في حال قيامنا بالدفع لك - سندفع قيمة مطالبك مخصوصاً 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 مطالبك مخصوصاً منها الاستقطاع أو نسبة التحمل المقررة في وثيقتك.

تقع عليك مسؤولية سداد أي مبلغ مستحق لمقدم الخدمة بعد أن تقوم بتقييم المطالبة ودفعها.

للمعرفة ما إذا كانت لديك نسبة تحمل أو استقطاع، يرجى 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	<input type="text"/>
العنوان	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
البريد الإلكتروني	
رقم الهاتف (يرجى إضافة كود الدولة وكود المنطقة ورقم الهاتف)	

إشعار الخصوصية

آخر تحديث: مايو 2025

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، فيرجى التواصل معنا على البريد الإلكتروني egyptcustserv@bupa-intl.com.

معلومات عن شركة بوبا إيجيبت للتأمين

في هذا الإشعار للخصوصية، ترمي الإشارة بـ «نحن» أو «لنا» أو «لدينا» إلى شركة Bupa Insurance Services Limited، شركتك التأمينية. مسؤول الإدارة الدولية لوثيقتك. للطلاع على معلومات الاتصال بالشركة، يُرجى زيارة <https://www.bupaglobal.com/ar/egypt/legal-notices>

1. ما يغطيه هذا الإشعار للخصوصية

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

2. الطرق التي تحصل 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. وإذا قدمت لنا معلومات عن آخرين، فيجب عليك التأكد من أنهن اطلعوا على نسخة من هذا الإشعار للخصوصية وقدموها موافقتهن على قيامك بذلك.

3. فئات المعلومات الشخصية

نعالج الفئات الآتية من المعلومات الشخصية المتعلقة بك، والأعضاء التابعين لك، إن وجدوا. إنها معلومات شخصية عاديّة (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 تحصل على هذه المعلومات عند إجراء أي عمليات فحص تتعلق بمكافحة الاحتيال أو مكافحة غسيل الأموال أو أي نشاط آخر لفحص حلفائك).

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 والشكوى)، ولأغراض البحث والتحليل. ومرارicamente توقعاتنا فيما يتعلق بالأداء (بما في ذلك أداء مقدمي الخدمات الصحية المعينين بحالتك)، وكذلك لحماية الحقوق والممتلكات، وحماية سلامتنا وسلامة عملائنا، أو الآخرين. يعتمد السبب القانوني لمعالجتنا للمعلومات الشخصية على فئة المعلومات الشخصية التي تعالجها. فعادةً ما نعالج المعلومات الشخصية العاديّة نظرًا لأنّها مهمتها لتنفيذ عقد ما، أو للمصالح المشروعة لنا أو للأطراف الخارجية، لأنّها مطلوبة أو مسموح بها بموجب القانون المعامل به. إننا نعالج الفئات الخاصة من المعلومات لأنّها ضرورية لفرض التأمين أو لأنّنا لدينا تصريح منك بذلك. وقد نعالج المعلومات حول الإدانات والجرائم الجنائية (إن وجدت) إذا كان ذلك ضروريًا لمنع وقوع جريمة أو لكتشافها.

5. المعالجة لإنشاء ملفات تعريفية وإتخاذ القرارات آليًا

مثل العديد من الشركات، أحيانًا ما نستخدم المعالجة الآلية لتزويدك بخدمة أسرع وأفضل، وأكثر اتساقًا وعدلًا، بالإضافة إلى تزويدك بالمعلومات التسويقية التي نعتقد أنها ستكون مهمة بالنسبة لك (ومنها الخصومات على منتجاتنا وخدماتنا). قد يتضمن ذلك تقييم معلومات تخصك، وفي حالات محدودة، استخدام التكنولوجيا لتزويدك بإجابات أو قرارات آلية.

لديك الحق في الاعتراض على التسويق المباشر، كما قد يحق لك الاعتراض على أنواع أخرى من التصنيف يتعلق بالتسويق المباشر. كما نعالج المعلومات على أساسها في ما يتعلّق بالتصنيف.

6. مشاركة معلوماتك

بعد الحصول على موافقتك المسبقة، يمكننا مشاركة معلوماتك داخل مجموعة بوبا، مع حاملي وثائق التأمين المعينين (بما في ذلك صاحب عملك إذا كنت مشتمولاً بالتفطية بموجب برنامج جماعي)، ومع الممولين الذين ينظمون الخدمات نيابةً عنك، والمتصرفين نيابةً عنك (على سبيل المثال الوسطاء وأي وسطاء آخرين)، وكذلك مع الآخرين الذين يساعدوننا في تقديم الخدمات لك (على سبيل المثال مقدمي الرعاية الصحية) أو الذين يحتاج منهم إلى معلومات للتعامل مع المطالبات أو الاستحقاقات أو التحقق منها (على سبيل المثال الجمعيات المهنية). كما أننا نشارك معلوماتك وفقاً للقانون.

7. نقل المعلومات خارج مصر والمملكة المتحدة والمنطقة الاقتصادية الأوروبية (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 الأوروبية («EEA»)، والدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي (مثل النرويج وليختنشتاين وأيسلندا) للأغراض المنصوص عليها في هذا الإشعار للخصوصية.

8. إلى متى ستحتفظ بمعلوماتك الشخصية

ستحتفظ بمعلوماتك الشخصية وفقاً لفترات المحددة المحسوبة باستخدام المعايير التالية:

- متى بدأت علاقتك بنا، وأنواع المنتجات أو الخدمات التي تحصل عليها منا.
- المدة المعقولة لاحتفاظ بالسجلات لبيانات أننا قد أوفينا بالتزاماتنا تجاهك وبموجب القانون.
- أي حدود زمنية لتقديم طالبة.
- أي فترات لاحتفاظ بالمعلومات يحددها القانون، أو يوصي بها المنظمون، أو الجهات المهنية، أو الجماعيات.
- أي إجراءات معينة يتم تطبيقها.

9. الحقوق الخاصة بك

يحق لك الوصول إلى معلوماتك، ومطالبتنا بتصحيحها أو محوها أو تقدير استخدامها. كما يحق لك الاعتراض على استخدام معلوماتك، والمطالبة بنقل المعلومات التي أتيحتها لنا، وسحب موافقتك على استخدامها لمعلوماتك، ومطالبتنا بعدم اتخاذ قرارات آلية ينبع عنها آثار قانونية تتعلق بك أو توثر عليك تأثيراً كبيراً بأي شكل مماثل. يرجى الاتصال بنا إذا كنت ترغب في ممارسة أي من هذه الحقوق الخاصة بك.

10. جهات الاتصال المعنية بحماية البيانات

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

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

11. إجراءات الشكاوى لدينا

دائماً ما نهدف إلى تقديم خدمة عالية المستوى لآتعضايانا. ولكن إذا كان لديك أي تعليقات أو شكاوى، فيمكنك الاتصال بخط مساعدة العملاء على الرقم 2400 3600 20 20+. أو التواصل معنا عبر البريد الإلكتروني egyptcustserv@bupa-intl.com ديسرتريكت 5 كامباس - المبني 807. طريق العين السخنة، القاهرة الجديدة، الرقم البريدي 11361. القاهرة، مصر. وإذا كنت لا تزال غير راضٍ عن ردنا النهائي، فيمكنك إهالة شكاوك إلى قسم الشكاوى بالهيئة العامة للرقابة المالية المصرية.

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.

التاريخ								توقيع المريض
يوم	يوم	شهر	شهر	سنة	سنة	سنة	سنة	
								(ولي الأمر أو الوصي إذا كان عمر المريض أقل من 16 عاماً)
								الاسم بحروف واضحة
<p>إذا كان لديك أي استفسارات تتعلق بمطالبتك، فيرجى تسجيل الدخول إلى موقعنا الإلكتروني https://www.bupaglobal.com/ar/egypt أو الاتصال بفريق خدمات العملاء لدينا على:</p> <ul style="list-style-type: none"> الهاتف: من داخل مصر على الرقم +2 (02) 3600 2400 أو من خارج مصر على 16816 البريد الإلكتروني: egyptcustserv@bupa-intl.com 								

يرجى الرجوع إلى شهادة عضويتك للاطلاع على التفاصيل الخاصة بشركة التأمين التي تعامل معها.

قائمة مرجعية للمطالبة

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

- مستندات واضحة ومقرئعة وغير محجوبة (يجب لا تحجب الإيصالات المصورة تصويراً ضوئياً أي تفاصيل أو كتابة واضحة بخط اليد، إلخ)
- الأعراض وأو التشخيص، عندما يتم إثبات الحاله، بالإضافة إلى تاريخ بدايتها
- الوصفة الطبية للمطالبات الصيدلانية والخاصة بالبصريات
- الفاتورة النهائية المفصلة التي تشمل تاريخ تلقي العلاج، ووصف كل خدمة مقدمة وتكلفتها (يرجى 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 عملية الدفع
- إثبات الدفع للمطالبات المدفوعة بواسطة العضو/المجموعة/الشركة
- التوقيع والاسم والتاريخ المقدم للإقرار الطبي (القسم 8)

سنرسل لك بريداً إلكترونياً إذا كنا بحاجة للمزيد من المعلومات لإكمال تقييم مطالبتك. كما يمكنك تتبع تقدم التقييم عبر الإنترنت من خلال حسابك على [MembersWorld](#).

الملحوظات

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, District 5 Campus – Building B07, Ain Sokhna Road, New Cairo 11361, Cairo, 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:

- each patient
- each in-patient or day-case stay
- each medical condition
- 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 document is in Arabic and English.

1 Patient's details (to be completed by the person having treatment or their authorised representative)

Patient membership number:

BI	-						-						-						
----	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

Group name (if applicable):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Title

--	--	--	--	--	--	--	--

First name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Family name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Other names

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date of birth

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Current correspondence address:

Building																			
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Street																			
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Town / city

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Area code

PO Box

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Region																			
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Country

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

We'll send all correspondence to this address. You can update your details online at any time by visiting Membersworld
(<https://www.bupaglobal.com/en/egypt>)

Email																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telephone (Please include country code, area code and number)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 Claim/medical details

(Where possible, all sections should be completed by the medical practitioner in overall charge of the patient's treatment, otherwise it should be completed by the patient)

In which country did the treatment take place? _____

What is the currency of the invoice?

What is the total amount of the claim?

Medical Details:

Reason for treatment or visit to medical practitioner, such as the symptoms and diagnosis if known

Is the treatment related to Wellness or preventative Maternity Oncology Dental Opticians (correct vision) Pre or post hospitalisation

When did symptoms begin? D D M M Y Y Y Y

When was the date of treatment / consultation? D D M M Y Y Y Y

Details of treatment received, including operations and medications

For more information about the study, please contact the study team at 1-800-258-4929 or visit www.cancer.gov.

Medical Practitioner's details:

Name _____

Speciality/Qualifications

Medical facility name

Address

Table 1. Summary of the main characteristics of the four groups of patients.

Email

Hospital admission details (if applicable):

Admission date	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	Discharge date	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	Surgery date	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------	---	---	---	---	---	---	---	---

Hospital name

Address

Email

Medical practitioner's signature

Nonlinear production: Marginal cost

Date

Date							
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

Print name

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 Hospital or clinic Patient or member (enclose proof of payment) Group or company (enclose proof of payment)

Payment by bank transfer to a bank account

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)?

If yes, please give their contact details:

6 Privacy notice

Last updated: May 2025

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.
- 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, District 5 Campus – Building B07, Ain Sokhna Road, New Cairo 11361, Cairo, 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

(Parent or guardian if patient is under 16)

Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

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:

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

Notes