

Reimbursement claim form

Product Name: GlobalCare KSA
SAMA Product ID: F-CGNA-2-C-23-002

Step 1 : Collect the right documents

Documents checklist:

Must have

- Invoices with itemised breakdown (i.e. x-rays, scan, laboratory test, physiotherapy, etc.)
- Payment receipts/ proof of payment
- Diagnosis
- Completed claim form (signed and stamped by the treating physician)
- Investigational results

If applicable

- Medical report
- Prescription
- Discharge summary for inpatient cases (hospital stays)

*The document scans and images should be clear and legible.

*The document scans and images should be clear and legible.

Step 2: Submit your claim reimbursement request

Fast track - submit via mobile app or website

- Scan or take photo of the applicable documents as per checklist
- Send to www.CignaEnvoy.com or submit via our mobile app **Cigna Envoy**

or, send by email

1. Fill the claims reimbursement form for each patient.
2. Scan the claims reimbursement form, and the applicable documents from the table above.
3. Email the document scanned to ContactUSKSA@Cigna.com

Few final notes to consider

- Claim should be submitted no later than 12 months following treatment.
- For status on your reimbursement claim - follow up on www.Cignaenvoy.com or via the Cigna Envoy mobile app

Contact information

KSA: 800 1000244

UAE: 800 1 CIGNA (800 1 24462)

Oman: 800 74256

Bahrain: 800 11309

Kuwait: +965 22069101

Qatar: 00800 100398

International helpline: +44 (0) 1475 788618

Customer service email: ContactUSKSA@Cigna.com

Online claims: www.CignaEnvoy.com

1. Patient information (all fields are mandatory)

Patient Cigna Healthcare ID number:		Patient's full name:	
Employee's full name (if different from patient):		Group/ Company Name:	
Patient's address:			
Patient's relationship to employee:		E-mail:	
☐ Male	☐ Female	Mobile number: _____ (Country code - mobile code - number)	Date of birth: _____ (DD / MM / YYYY)

2. Medical information

Type of visit:	☐ Outpatient	☐ Inpatient	☐ Dental	☐ Vision	☐ Maternity
Details of trauma (if applicable):		☐ Work related	☐ Road traffic accident related - include a police report		
		☐ Sports related, if yes:	☐ Professional	☐ Non-professional	

Symptoms presented	Date the patient first became aware of any signs or symptoms of this condition	Date of treatment
Medical condition/diagnosis		
Investigation (necessary investigations required to define the diagnosis)		
Treatment advised	Medical practitioner declaration: I certify that I am the patient's medical practitioner and that the information provided is true and correct to the best of my knowledge. Name:	
Further treatment planned	Date: Stamp:	

Are you eligible for reimbursement for these expenses from another insurer:	☐ No	☐ Full	☐ Partial
If full or partial is selected above, please specify insurer name and amount settled:			

3. Claims payment details

A - ☐ I authorise Cigna Insurance Saudi Arabia to make electronic transfer payment against this reimbursement claim form.			
Beneficiary name:		Bank name:	
Bank address:		Bank account no:	
If reimbursement currency is EURO, please supply both IBAN and SWIFT codes below. If reimbursement currency is Dominican Peso or Moroccan Dirham, please supply tax ID.		Account type:	☐ Savings ☐ Checking / current ☐ Other
		Specify payment currency:	
IBAN below:	Swift code / BIC code no:	Tax ID:	Routing code:
Amount claimed/currency: (Please ensure that the amount stated here is supported by itemised invoices and payment proof)			

4. Declaration and authorisation

I declare that the information entered above is complete and accurate and that the services described were received and paid for.

Representation and consent: By signing this form you confirm that you have the authority to act on behalf of your dependants in respect of all personal information you provide to us, and that you consent to the disclosure, processing, usage and retention of this information in relation to yourself and on behalf of your dependants.

Data protection

All personal and sensitive data (as defined in the Saudi Arabia Personal Data Protection Law Royal Decree M/19 of 9/2/1443H and amended by Royal Decree No. M147 of 5/9/1444H, the "PDPL" and its executive regulations). That you provide to Cigna Insurance Saudi Arabia directly or through authorised third parties (i.e. healthcare providers, brokers or someone else on your behalf) will be collected (or may be collected on behalf of) Cigna Insurance Saudi Arabia that provides the insurance cover or the health services to you ("Services") as can be found in your member booklet or certificate of insurance. This company will be the data controller of the personal and sensitive data collected. Your personal and sensitive data is collected and used in order to provide the services you are entitled to. Please refer to the data protection notice that has been provided to you for further details of how we handle and protect your personal and sensitive data. You can be reassured that Cigna Insurance Saudi Arabia only collects and processes your personal and sensitive data for the legitimate interests of providing our services to you and in compliance with our obligations with the PDPL and only discloses personal and sensitive data with other authorised parties if necessary for achieving the legitimate interests of providing you with the services.

Patient declaration

I have been made aware of my rights and I hereby consent and authorise Cigna Insurance Saudi Arabia to obtain information from my healthcare providers, as it may be required to assess and process this claim, with regard to the condition for which I am submitting this claim. I authorise the involved healthcare providers to disclose the requested and needed information to Cigna Insurance Saudi Arabia.

Name and signature of patient_____

(or name and signature of the principal/legal guardian for patients below 18 years old)

Date _____

(DD / MM / YYYY)

I authorise Cigna Insurance Saudi Arabia to process my sensitive data

Dental treatment (if applicable to be completed by dental practitioner)

Preventative treatment					Major treatment				
Code treatment	No. of unit	Tooth number	Date of treatment	Charge to patient	Code treatment	No. of unit	Tooth number	Date of treatment	Charge to patient
Examinations					Periodontal treatment (non-surgical)				
A01 normal					E21 prolonged (curettage/root planing)				
A11 extensive					F51 splinting				
A21 full case assessment					Periodontal treatment (surgical)				
X-rays					F01 gingivectomy				
B01 bitewing					F11 mucoperio, flap bone surgery				
B02 intra oral					Dentures - metal/acrylic				
B03 O.P.G.					R63 additional tooth				
Scaling and polishing					R61 addition of clasp				
E01 one visit					K71 denture repair				
Miscellaneous treatment					Crowns/bridges				
D01 fissure sealants					J01 veneers (per tooth)				
D11 topical fluoride application					K32 adhesive bridges				
M0U occlusal splint					K41 conventional bridgework				
Minor treatment					K12 standard post & core				
Fillings					K11 gold post & core				
G01 amalgam-one surface					K07 bonded precious crown				
G02 amalgam-two+surfaces					K05 bonded non-precious crown				
G03 amalgam-three+surfaces					K08 full cast crown				
G21 composite anterior-one surface					K06 full porcelain crown				
G22 composite anterior-two+surfaces					Inlays				
Root canal treatment					K02 precious				
H01 upper & lower anterior (1 root)					K01 non-precious				
H02 upper premolar (2 roots)					K03 porcelain				
H03 lower premolar (1 root)					Orthodontist (if applicable in the table of benefit)				
H04 molars (3 + roots)									
Extractions									
L01 single									
L02 per additional tooth					Other treatment				
N11 post-operative care									
D7140 extraction (Erupted)									
D7210 surgical removal (Erupted)									
D7220 removal impacted – soft tissue					Total amount and currency				
D7230 removal impacted – partially bony					Dental practitioner stamp and signature				
D7240 removal impacted- completely bony									
D7241 removal impacted- completely bony with surgical complications									

ملاحظات قليلة يجب مراعاتها

- يجب تقديم المطالبات خلال مُهلة لا تتخطى 12 شهراً بعد العلاج.
- للاطلاع على وضع المطالبات - يرجى تتبعها على موقع www.Cignaenvoy.com أو من خلال تطبيق Cigna Envoy على الجوّال.

معلومات الاتصال

المملكة العربية السعودية: 800 1000244

الإمارات العربية المتحدة: 800 1 24462

سلطنة عُمان: 800 74256

البحرين: 800 11309

الكويت: +965 22069101

قطر: 00800 100398

خط المساعدة الدولي: +44 (0) 1475 788618

البريد الإلكتروني لخدمة العملاء: ContactUSKSA@Cigna.com

المطالبات عبر الإنترنت: www.CignaEnvoy.com

الخطوة 1: جمع المستندات اللازمة

قائمة التحقق من المستندات:

* يجب أن تكون
المستندات الممسوحة
والصور واضحة ومقروءة.

إذا كان ذلك ممكناً

- التقرير الطبي
- الوصفة الطبية
- ملخص تقرير الخروج من المستشفى للمرضى الذين تلقوا علاجاً في المستشفى

ضروري

- فواتير مفضلة (مثل التصوير بالأشعة السينية، والتصوير المقطعي المحوسب، والفحوصات المخبرية، والعلاج الطبيعي، إلخ).
- إيصال الدفع / دليل على الدفع
- التشخيص
- استمارة المطالبة المكتملة (موقعة ومختومة من قبل الطبيب المعالج)
- نتائج الاختبارات

* يجب أن تكون المستندات الممسوحة والصور واضحة ومقروءة.

الخطوة 2: تقديم طلب المطالبة بالتعويض

المسار السريع - تقديم الطلب عبر التطبيق على الجوّال أو الموقع الإلكتروني

- امسح المستندات المطلوبة وفقاً لقائمة التحقق من المستندات أو التقط صورة لها
- أرسل الطلب على الموقع الإلكتروني www.CignaEnvoy.com أو عبر تطبيق Cigna Envoy على الجوّال

أو أرسله عبر البريد الإلكتروني

1. قُم بتعبئة استمارة المطالبة بالتعويض لكل مريض.
2. امسح استمارة المطالبة بالتعويض والمستندات المطلوبة من الجدول أعلاه.
3. أرسل المستندات الممسوحة إلى ContactUSKSA@Cigna.com

1. معلومات عن المريض (جميع الحقول إلزامية)

رقم بطاقة سيجنا هيلث كير:	اسم المريض الكامل:
اسم الموظف الكامل (إذا كان مختلفاً عن المريض):	اسم الشركة:
عنوان المريض:	
علاقة المريض بالموظف:	البريد الإلكتروني:
☐ ذكر ☐ أنثى	رقم الجوال: _____ (رمز البلد - رمز الجوال - الرقم) تاريخ الولادة: _____ (اليوم / الشهر / السنة)

2. المعلومات الطبية

نوع الزيارة:	☐ علاج في العيادات الخارجية ☐ علاج في المستشفى ☐ علاج الأسنان ☐ البصر ☐ الأمومة
تفاصيل الإصابة (إن وُجدت):	☐ إصابة متعلقة بالعمل ☐ إصابة نتيجة حادث سير - يجب تضمين تقرير الشرطة ☐ إصابة رياضية ☐ احترافية ☐ غير احترافية

الأعراض	التاريخ الذي لاحظ فيه المريض علامات أو أعراض هذه الحالة للمرة الأولى	تاريخ العلاج
الحالة الطبية / التشخيص		
الاختبارات (الاختبارات اللازمة لتحديد التشخيص)		
العلاج الذي ينصح به	إفصاح الطبيب الممارس: أقرّ بأنني طبيب المريض وبأنّ المعلومات المُقدمة صحيحة على حدّ علمي.	
	الاسم:	
العلاج الإضافي المخطط له		
	التاريخ:	الختم:

هل أنت مؤهل لاسترداد هذه النفقات من شركة تأمين أخرى:	☐ لا	☐ كامل النفقات	☐ جزء من النفقات
إذا تم اختيار إحدى الإجابتين أعلاه، فيرجى تحديد اسم شركة التأمين والمبلغ الذي تم استرداده:			

3. تفاصيل دفع المطالبات

أ - ☐ أفوض شركة سيجنا للتأمين في المملكة العربية السعودية لتسديد مبلغ المطالبة في هذه الاستمارة عبر تحويلٍ مصرفية إلكترونية.			
اسم المستفيد:		اسم المصرف:	
عنوان المصرف:		رقم الحساب المصرفي:	
إذا كانت عملة السداد هي اليورو، فيرجى تقديم رقم آيبان ورمز سويفت أدناه. إذا كانت عملة السداد هي البيزو الدومنيكاني أو الدرهم المغربي، فيرجى تقديم رقم التعريف الضريبي.		نوع الحساب:	
		يرجى تحديد عملة السداد:	
رقم آيبان أدناه:	رمز سويفت / رمز تعريف المصرف:	رقم التعريف الضريبي:	رقم التوجيه البنكي:

المبلغ المُطالب به/ العملة:	يرجى التأكد من أنّ المبلغ المذكور هنا مدعوم بفواتير مفصلة ودليل على الدفع
-----------------------------	---

4. الإفصاح والتفويض

أفصح بأن المعلومات التي تم إدخالها أعلاه كاملة ودقيقة وبأن الخدمات المذكورة قد تم تلقيها وتسديد سعرها.

التمثيل والإقرار: من خلال التوقيع على هذه الاستمارة، أنت تقر بأنك تتمتع بالصلاحيات للتصرف نيابة عن المُعالين في ما يتعلق بكافة المعلومات الشخصية التي تقدمها لنا، وأنت توافق على الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بك وبالمُعالين ومعالجتها واستخدامها والاحتفاظ بها.

حماية البيانات

سيتم جمع كافة البيانات الشخصية والحساسة (الواردة في المرسوم الملكي رقم م/19 بتاريخ 9/2/1443 هـ بشأن حماية البيانات الشخصية والمُعدلة في المرسوم الملكي رقم م/147 بتاريخ 5/9/1444 هـ، نظام حماية البيانات الشخصية ولوائحه التنفيذية) التي تقدمها لشركة سيجنا السعودية للتأمين في المملكة العربية السعودية بشكل مباشر أو من خلال أطراف ثالثة مصرح لها (مثل مزودو الرعاية الصحية أو الوسطاء أو أي شخص آخر نيابة عنك) من قبل شركة سيجنا التي توفر لك التغطية التأمينية أو الخدمات الصحية ("الخدمات") الموضحة في كتيب المنتسب أو شهادة التأمين. وستكون هذه الشركة الجهة المتحكمة في البيانات الشخصية والحساسة التي يتم جمعها. يتم جمع معلوماتك الشخصية والحساسة واستخدامها بهدف توفير الخدمات المستحقة. يُرجي الرجوع إلى إشعار حماية البيانات الذي تم تقديمه لك للاطلاع على المزيد من التفاصيل عن كيفية معالجة معلوماتك الشخصية والحساسة وحمايتها. يمكنك أن تطمئن إلى أن شركة سيجنا للتأمين في المملكة العربية السعودية تقوم بجمع معلوماتك الشخصية والحساسة ومعالجتها بهدف تقديم خدماتنا لك والوفاء بالتزاماتنا بموجب نظام حماية البيانات الشخصية، ولا تفصح عنها لأطراف أخرى مرخصة إلا إذا لزم الأمر لتزويدك بهذه الخدمات.

إفصاح المريض

لقد تم إخطاري بحقوق، وأفوض شركة سيجنا للتأمين في المملكة العربية السعودية، بموجب هذا التصريح، للحصول على معلومات من مزود الرعاية الصحية الذين أتعامل معهم حيث تقتضي الحاجة بهدف تقييم هذه المطالبة ومعالجتها. وأفوض مزود الرعاية الصحية المعنيين بالإفصاح عن المعلومات المطلوبة لشركة سيجنا للتأمين في المملكة العربية السعودية.

اسم المريض وتوقيعه

(أو اسم وتوقيع الوصي القانوني للمرضى الذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً)

أفوض شركة سيجنا للتأمين في المملكة العربية السعودية لمعالجة بياناتي الحساسة.

التاريخ

(اليوم / الشهر / السنة)

علاج الأسنان (يجب أن تتم تعبئته من قبل طبيب الأسنان إذا أمكن)

علاج وقائي					علاج رئيسي
رمز العلاج	عدد الوحدات	رقم السن	تاريخ العلاج	الرسوم المفروضة على المريض	رمز العلاج
الفحوصات					علاج اللثة (غير جراحي)
A01 عادي					E21 طويل المدى (كشط/سحل الجذر)
A11 شامل					F51 تجبير
A21 تقييم الحالة الكاملة					علاج اللثة (جراحي)
التصوير بالأشعة السينية					F01 قطع اللثة
B01 صور جناحية					F11 جراحة السديلة العظمية
B02 صور داخل الفم					أطقم الأسنان - المعدنية/الأكريليك
B03 التصوير الشعاعي البانورامي					R63 سنّ إضافية
تقليح الأسنان وتلميعها					R61 إضافة مشبك أسنان
E01 زيارة واحدة					K71 إصلاح طقم الأسنان
علاجات متفرقة					التيجان/الجسور
D01 ختام الشق					J01 كسوات (للسنّ الواحدة)
D11 تطبيقات مانعات التسرب من الفلورايد					K32 جسور لاصقة
M0U جبيرة الإطباق					K41 جسور الأسنان التقليدية
العلاجات البسيطة					K12 القلب والوتد القياسيان
الحشوات					K11 القلب والوتد الذهبيان
G01 ملغم أحادي الطبقة					K07 تاج من الذهب أو الفضة
G02 ملغم ثنائي الطبقة					K05 تاج من المعادن
G03 ملغم ثلاثي الطبقات					K08 تاج معدني كامل
G21 حشوة أمامية أحادية الطبقة					K06 تاج خزفي كامل
G22 حشوة أمامية ثنائية الطبقة					الحشوات
علاج قناة الجذر					K02 معدن ثمين
H01 الفكّان العلوي والسفلي الأماميان (جذر واحد)					K01 معدن غير ثمين
H02 ضواحك الفك العلوي (جذران)					K03 خزف
H03 ضواحك الفك السفلي (جذر واحد)					طبيب تقويم الأسنان (إن وجد في جدول المزايا)
H04 الطواحن (3 جذور أو أكثر)					
عمليات القلع					
L01 السنّ الواحدة					
L02 لكل سنّ إضافية					العلاجات الأخرى
N11 العناية اللاحقة للعمليات الجراحية					
D7140 عملية قلع (سنّ ظاهرة)					
D7210 عملية قلع جراحية (سنّ ظاهرة)					
D7220 عملية قلع سنّ غير ظاهرة – أنسجة لينة					المبلغ الإجمالي والعملة
D7230 عملية قلع سنّ غير ظاهرة – شبه عظمية					ختم طبيب الأسنان وتوقيعه
D7240 عملية قلع سنّ غير ظاهرة – عظمية					
D7241 عملية قلع سنّ غير ظاهرة – عظمية مع مضاعفات جراحية					