



نموذج طلب الموافقة المسبقة للتعويض وإعادة السداد Reimbursement Pre-Authorization Request Form

معلومات المريض / Patient Information

Patient Name اسم المريض
Date of Birth تاريخ الميلاد
Almadallah ID رقم البطاقة
Emirates ID رقم الهوية الإماراتية
Mobile no رقم الهاتف المحمول
Email عنوان البريد الإلكتروني

معلومات مقدم الرعاية الصحية / Healthcare Provider Information

Hospital / Clinic other المستشفى / العيادة أخرى
Location (Country / City) الموقع (الدولة / المدينة)
Phone Number or Email رقم الهاتف أو البريد الإلكتروني
Physician name اسم الطبيب

طلب الموافقة المسبقة على (يرجى وضع علامة صح في المربع المناسب) Pre-approval is required for (Please tick appropriate box)

- العلاج / الخدمات الاختيارية للمرضى الداخليين خارج دولة الإمارات العربية المتحدة
In-Patient Elective treatment / services Outside UAE
- العلاج / الخدمات الاختيارية للعيادات الخارجية خارج دولة الإمارات العربية المتحدة
Out-Patient Elective treatment / services Outside UAE
- إخطار العلاج في حالات الطوارئ خلال 48 ساعة من تاريخ تقديم الخدمة
Emergency Treatment notification within 48 hours from service date

المعلومات الطبية / Medical Information

يرجى إرفاق جميع التقارير الطبية و التشخيصية ذات الصلة
Please attach all related medical reports and diagnostic reports

Details of medical condition تفاصيل الحالة الطبية
Full details of proposed treatment / surgery التفاصيل الكاملة للعلاج / الجراحة المقترحة
Treatment Proposed Date التاريخ المقترح للعلاج
For Inpatient services - لخدمات المرضى الداخليين -
Proposed Length of Stay (no. of days) مدة الإقامة المقترحة (عدد الأيام)
Estimated cost of treatment التكلفة المقدرة للعلاج



نموذج طلب الموافقة المسبقة للتعويض وإعادة السداد Reimbursement Pre-Authorization Request Form

ملاحظة: يجب إرسال طلب الموافقة المسبقة للتعويض - إعادة السداد مباشرة إلى البريد الإلكتروني: reimb.approval@almadallah.ae للتقييم الطبي والمراجعة وفقاً للشروط والأحكام وصلاحية البطاقة في يوم تقديم الخدمة المقترحة.

لا يعتبر هذا الخطاب بمثابة موافقة على العلاج المطلوب، سيتم إعطاء الموافقة بناء على المعلومات المتاحة في وقت تقديم الطلب والضرورة الطبية مع الاخذ بالاعتبار شروط وأحكام الوثيقة. مع احتفاظ شركة المظلة بحقها في إلغاء الموافقة الممنوحة مسبقاً في حال حصولها و / أو تلقيها أية معلومات / مستندات تؤثر على تغطية الحالة بموجب وثيقة الضمان الصحي.

Note: Pre-Authorization request should be sent directly to the email: reimb.approval@almadallah.ae for medical assessment and review as per the policy terms and conditions and card validity on the proposed day of service.

This letter should not be considered as approval of the requested treatment.

Authorization will be given based on information available at the time of the authorization, medical necessity and policy terms & conditions. However, Almadallah reserves its right to revoke at any time the authorization given in the event obtains and/or receives any information / documents that would normally prevent the member from receiving medical benefits under the Health Insurance Plan.

إقرار / Declaration

أتعهد بمصداقية جميع البيانات المقدمة حسب علمي وأصرح لأي من العاملين الطبيين بتقديم أي مستندات / معلومات قد تطلبها هيئة الصحة بدبي أو ممثليهم المعيّنين.

I hereby warrant the truth of all statements to the best of my knowledge and authorize the medical attendants to provide any documents / information that may be requested by DHA or their appointed representatives.

Applicant Name اسم مقدم الطلب

Signature التوقيع

Date التاريخ