

Dear Customer: We hope to provide you with a prompt and efficient service. However, in case of missing the following requirements, we regret to inform you that your medical claim will be returned, reason/s as details below:

- Fully Completed Al Koot Reimbursement claim form with stamp & signature from the treating Doctor
- Original bills/invoices with itemized breakdown and proof of payment.
- Complete Bank details (Bank Name; Beneficiary name; IBAN no.; Account no.; Swift Code) First page of bank statement.
- Copy of Al Koot card
- Physician prescriptions.
- Investigations results (Laboratory/Radiology)
- In case of Orthodontic treatment, Pre-Approval form should be filled by the Orthodontist mentioning the Dental Health Component (DHC) & Aesthetic Component (AC).
- Submit claims within 90 days from date of Treatment
- Discharge summary for In-patient (if any)
- Medical reports (if any)
- Referral letter from GP/Specialist for physiotherapy/ complementary therapy/ psychotherapy
- All documents translated in English except for Arabic/French/Urdu

Kindly complete the relevant fields mentioned above and return the completed requirements within 15 days to ensure that it gets registered and processed as quickly as possible.

You can download the claim form from our website:

www.alkoot.com.qa

Note:

Please note that the above claim will be evaluated by our medical team who will have the sole authority to decide eligibility.

Date & Signature : _____

Company : _____

Received by : _____

عزيزي العميل: نتمنى ان تكون خدماتنا مرضيه لك، يرجى علمك انه في حالة نقص احدى المطالب المذكورة ادناه فاننا نعتذر عن استقبال مطالبتك:

ختم وتوقيع الطبيب المعالج في نموذج مطالبة الاسترداد.

الفواتير الأصلية او لائحة تفصيلية بالخدمات المقدمة

بيانات البنك كاملة (اسم البنك، اسم المستفيد، رقم الأيوان، رقم الحساب ...) الصفحة الاولى من كشف الحساب البنكي.

نسخة من بطاقة الكوت للتأمين الصحي

الوصفة الطبية مرفقة مع فاتورة الصيدلية

نتائج الفحص الطبي (اشعة، تحاليل مخبرية)

في حالة تقويم الاسنان يجب توفر نموذج الموافقة الاولية معبأة بمعلومات كاملة من قبل طبيب الاسنان المعالج ومذكور فيها العلاج التكميلي والعلاج التجميلي.

تاريخ المطالبة لا يتجاوز مدة التقديم المحددة بـ 90 يوماً

فاتورة مفصلة بتواريخ الدخول والخروج من المستشفى (ان وجدت)

التقارير الطبية (ان وجدت)

تحويل الطبيب المعالج للعلاج الفيزيائي والعلاج النفسي والعلاج التكميلي (ان وجدت)

اي مستندات بلغة غير العربية، الاردو او الفرنسية) تترجم للغة الانكليزية

يرجى استكمال المتطلبات المذكورة أعلاه واعادتها خلال 15 يوماً لكي نتمكن من فحصها وتسجيلها بأسرع وقت ممكن.

يمكن تحميل نموذج المطالبة من موقعنا:

www.alkoot.com.qa

ملاحظة:

يرجى العلم بأن المطالبة المذكورة أعلاه سيتم مراجعتها من قبل فريقنا الطبي وله الحق الكامل لإعطاء القرار النهائي.

التاريخ / التوقيع : _____

الشركة : _____

المستلم : _____