“Meranaa” Reimbursement Form
(ޚިދުމަތް ހޯދި ފަރާތުގެ މަޢުލޫމާތު) Details of Claimant
(ނަން) Name
(އައި.ޑީ. ކާޑު ނަންބަރު) ID Card No.
(ރަޖިސްޓްރީ ވެފައިވާ ޤައުމު) Registered Country
(ގުޅޭނެ ފޯނު ނަންބަރު) Contact Number
(އީ-މެއިލް އެޑްރެސް) Email Address
(ފަރުވާގެ މަޢުލޫމާތު) Details of theTreatment
(ހޮސްޕިޓަލުގެ ނަން) Hospital Name
(ފަރުވާގެ މުއްދަތު) Duration of the Treatment
(ފަރުވާގެ ބާވަތް) Type of Treatment
(ބަލީގެ ނަން) Diagnosis
(ކްލެއިމް ކުރާ ޢަދަދު) Claimed Amount
(ކްލެއިމް ކުރާ ފަރާތުގެ އެކައުންޓަށް ޖަމާކުރާނަމަ) be deposited directly to the claimant toif(ބޭންކް އެކައުންޓާ ގުޅޭ މަޢުލޫމާތު(Bank Details
(އެކައުންޓްގެ ވެރިފަރާތުގެ ނަން އިނގިރޭސިން) Account Holder’s Namein English
(ބޭންކް އެކައުންޓް ނަންބަރ) Bank Account Number
(އެކައުންޓް އޮތް ބޭންކާއި ބްރާންޗް) Bank Name and Associated Branch
(ކްލެއިމް ކުރާ ފަރާތުގެ ސޮއި) Signature of Claimant
(ތާރީޚް) Date
(ކްލެއިމްކުރާ ފަރާތް ނޫން ފަރާތެއްގެ އެކައުންޓަށް ޖަމާ ކުރަން ބޭނުންނަމަ) 2.If to be deposited to any other person’s bank account
Please state the relation between the account holder and the claimant.
(ކްލެއިމް ކުރާ ފަރާތާއި އެކައުންޓްގެ ވެރިފަރާތާއި ހުރި ގުޅުން)
…….
I declare consent to crediting the reimbursement money to my account. And agree to provide the reimbursed funds to the
claimant ofthis form.
(މަތީގައި ބަޔާންކުރެވިފައިވާ އަޅުގަނޑުގެ އެކައުންޓަށް އެހީގެ ފައިސާ ޖަމާކުރުމާއިމެދު އަޅުގަނޑުގެ އެއްވެސް އިޢުތިރާޟެއް ނެތެވެ. އަދި އަޅުގަނޑުގެ
އެކައުންޓަށް ފައިސާ ޖަމާކޮށްދީފިނަމަ، އެހީ ލިބެންވާ ފަރާތަށް އެފައިސާ ރައްދުކޮށް ދިނުމަށް އަޅުގަނޑު އެއްބަސް ވަމެވެ(
.... (އެކައުންޓްގެ ވެރިފަރާތުގެ ނަން) Nameof Account Owner
....(އެކައުންޓް ނަންބަރު) Account Number
....(އެކައުންޓް އޮތް ބޭންކާއި ބްރާންޗް) Bank Name and Associated Branch
....(އައި.ޑީ. ކާޑު ނަންބަރު) ID Card No.
....(ސޮއި) Signature
....(ތާރީޚް) Date

(އިޤްރާރު) Consent
I hereby declarethat all the above information, and related documentsattached with thisform aretrue and correcttothe bestof
my knowledge. I also agreethat I may be subjected to action bythe companyforfraudulentclaims, which may include
from the registrationscheme.de-
މިފޯމުގައި ދެވިފައިވާ މަޢުލޫމާތަކީ ޞައްޙަ މަޢުލޫމާތު ކަމާއި، ފޯމާއެކު ހުށަހަޅާފައިވާ ހުރިހާ ލިޔުންތަކަކީ ޞައްޙަ ލިޔުންތަކެއްކަމަށް ހެކިވަމެވެ. ހުށަހެޅޭ ލިޔުންތަކުގައި
މަކަރާއި އޮޅުވާލުން ހިމެނޭނަމަ ކުންފުނިން އަޅުގަނޑާއި ދޭތެރޭ (މެރަނަ ސްކީމުން ޑީރެޖިސްޓްރީ ކުރުންވެސް ހިމެނޭ ގޮތަށް) ފިޔަވަޅު އެޅުން އެކަށީގެންވާ ކަން ޤަބޫލުކުރަމެވެ.
....(ނަން) Name
....(ތާރީޚް) Date
....(ސޮއި) Signature
(އޮފީސް ބޭނުމަށް) For Office Use
:(ޙަވާލުވި ފަރާތް) Received by
....(ނަން) Name
....(ތާރީޚް) Date
....(ސޮއި) Signature
)ފޯމާއި އެކު ހުށަހަޅަންޖެހޭ ލިޔުންތަ އް) Documents to be submitted along with the form
ރީއިމްބަރސްމަންޓް ފޯމާއި އެކު ތިރީގައިވާ ލިޔުންތަކުގެ ކުލަ ސްކޭން
reimbursement@aasandha.mv އަށް އީ-މެއިލްކުރައްވާށެވެ.
އެނދުމަތިނުކޮށް ނަގާފައިވާ ފަރުވާ (އައުޓްޕޭޝަންޓް) އެނދުމަތިކޮށްގެން ނަގާފައިވާ ފަރުވާ (އިންޕޭޝަންޓް)
• ސަރވިސް މެމޯތައް
• މެމޯއާ ގުޅުންހުރި ލިޔުންތައް (ބޭސްސިޓީ، ހެދިފައިވާ ތަޚުލީލުތަކުގެ ރިޕޯޓް) • ސަރވިސް މެމޯތައް
• މެމޯއާ ގުޅުންހުރި ލިޔުންތައް (ބޭސްސިޓީ، ހެދިފައިވާ ތަޚުލީލުތަކުގެ ރިޕޯޓް)
• ޑިސްޗާރޖް ސަމަރީ
ކްލެއިމް ރިޖެ ކްޓް ކުރެވޭނެ ޙާލަތްތައް:
• ހުށަހަޅުއްވާ ފޯމްގައި ކްލެއިމްކުރާ އެއްވެސް ޚިދުމަތަކާއި ގުޅޭ އިތުރު ލިޔުންތައް (ބޭސްސިޓީ، ޑިސްޗާރޖް ސަމަރީ، ސަރވިސް މެމޯ، ތަޚުލީލުތަކުގެ ރިޕޯޓް) ނެތުން
• ރަޖިސްޓްރީ ކުރެވިފައިވާ ޤައުމަކީ "އާސަންދަ" ސްކީމްގެ ޚިދުމަތްދިނުމަށް އެމްޕެނަލްކުރެވިފައި ހުންނަ ހޮސްޕިޓަލްތައް ހުރި ޤައުމެއް (ސްރީލަންކާ / އިންޑިޔާ) ނަމަ،
އެމްޕެނަލްވެފައިނުވާ ހޮސްޕިޓަލަކުން ފަރުވާ ނަގާފައިވުން
• ކަނޑައެޅިފައިވާ އައުޓްޕޭޝަންޓް އަދި އޯވަރޯލް ލިމިޓަށް ވުރެ އިތުރަށް ކްލެއިމްކުރެވޭ އަދަދު
• އާސަންދަ ސްކީމްގެ ތެރެއިން ކަވަރ ނުކުރާ ޚިދުމަތަކަށް ނަގާފައިވާ ފަރުވާއަކަށް ބިލްކުރުން
• ކްލެއިމް ކުރަންޖެހޭ މުއްދަތަށްވުރެ ފަހުން ހުށަހަޅާ ކްލެއިމްތައް (ޚިދުމަތް ހޯދާފައިވާ ތާރީޚުން ފެށިގެން 60 ދުވަސް)