

Reimbursement checklist

Checklist Items		
Completed claim form including:		استكمال نموذج مطالبة :
Completed medical section or attached medical report Showing diagnosis and onset date of symptoms	☐	يراعي استكمال البيانات الطبية او ارفاق تقرير طبي يوضح التشخيص و تاريخ ظهور الاعراض
A. Inpatient services		أولاً: المستشفيات / خدمات العلاج الداخلي
1. Stamped E-invoice from the Hospital with the total amount (Metlife requires it in all governments / Delta and AXA require it in Giza , Cairo and Alexandria Governments) 1. Original final detailed breakdown stamped invoice s from hospital including member's name and date. (Showing <u>breakdown of services</u>) 3- Detailed invoice for the supplies and medications. 4- The original copy / copy of medical report mentioning the reason of admission, the member's condition upon admission, member name, date and diagnosis. 5- Copy of all investigations done inside the hospital. 6- Discharge report from the hospital stating the member's condition during discharge. 7-Original detailed stamped invoice with Surgeon/ Attending Physician's fees + Surgical Team fees.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1. فاتورة الكترونية مختومة من المستشفى بالمبلغ الاجمالى (تطلبه ميتلايف فى كل المحافظات / دلتا و اكسا تطلبه فى محافظات القاهرة و الجيزة و الاسكندرية / عنابه / مصر للتأمين فى كل الخدمات) 2. اصل الفاتورة التفصيلية مختومة من المستشفى موضح بها اسم العميل و التاريخ علي ان تكون مختومه. 3. فاتوره مفصله بالادويه و المستلزمات. 4. اصل اوصوره من التقرير الطبي موضح به سبب الدخول, الحاله عند الدخول بالاضافه الي اسم العميل و التاريخ و التشخيص. 5. اصل او صوره من كافه نتائج الفحوصات التي تمت داخل المستشفى. 6. تقرير الخروج من المستشفى يوضح حاله المريض عند الخروج. 7. فاتورة مختومة مفصله باتعاب الطبيب و الفريق الطبى
B. Outpatient Services		ثانياً: العيادات الخارجية
<u>Consultations</u>		<u>كشف الطبيب</u>
1. Physician's prescription including: - Patient's name in full - Date of consultation - Reason for consultation (Signs/ Symptoms or Diagnosis) 2. The original consultant invoice or medical profession receipt for consultation fees mentioning member name, date and to be stamped	☐ ☐	1. يتم تسليم اصل او صوره من الروشتة الخاصة بالطبيب موضحا بها : - اسم المريض ثلاثيا - تاريخ توقيع الكشف الطبى - التشخيص او الشكوى 2. اصل فاتوره الطبيب او ايصال مهن تجاريه موضح به اسم العميل و التاريخ علي ان يكون مختوم.
<u>Lab Investigations and Scans</u>		<u>التحاليل الطبية و الاشعات</u>

1. Stamped E-invoice with the total amount (Delta requires it in Giza , Cairo and Alexandria Governments) 2.Original request / or a copy for lab investigations or scans with: 3. Original stamped breakdown final invoice showing: 4.Original or copies of lab results, or reports for scans	1. فاتورة الكترونية مختومة من مقدم الخدمة بالمبلغ الاجمالى (دلنا تطلبه فى محافظات القاهرة و الجيزة ماعدا انتيك جروب و الاسكندرية/ عنايه / مصر للتأمين فى كل الخدمات) 2.اصل او صوره من طلب التحاليل او الاشعة موضحا بها 3. اصل الفاتورة التفصيلية المختومة موضحا بها: 4 .اصل او صورة التقرير الطبى الخاص بالتحاليل و الاشعات التى تمت و نتائجها
Physiotherapy/ chemotherapy	العلاج الطبيعى / علاج كىماوى
1. stamped E-invoice with the total amount (Delta requires it in Giza , Cairo and Alexandria Governments) 2.Original medical report from orthopedic or neurologist / copy of (number of physiotherapy sessions required) including the member’s name, date and the diagnosis attaching with it all the scans results done. 3. Stamped original finalized invoice with breakdown including: 4.The original follow up card clarifying the date of each session.	1. فاتورة الكترونية مختومة من مقدم الخدمة بالمبلغ الاجمالى (دلنا تطلبه فى محافظات القاهرة و الجيزة و الاسكندرية ماعدا انتيك جروب / مصر للتأمين فى كل الخدمات) 2. اصل او صوره من التقرير الطبى (طلب الجلسات بعددها) من طبيب العظام او اعصاب مصحوب بنتائج الفحوصات موضح به اسم العميل , التاريخ و التشخيص. 3.اصل فاتورة مفصله مختومة عن كل جلسة او فاتورة مجمعة موضح بها: 4.اصل كارت المتابعه (حضور الجلسات)موضح به تاريخ كل جلسه.
C. Medications	ثالثا : العلاج (الادوية الموصوفة)
1. Original stamped medications invoice mentioning cost of each item, member’s name and date (stamped E-invoice with the total amount especially Delta requires it in Giza , Cairo and Alexandria Governments 2. Original medical report / copy of (prescription) mentioning member’s name, diagnosis, date and prescribed medications.	1. اصل فاتورة الادويه موضح بها سعر كل صنف, اسم العميل و التاريخ علي ان تكون مختومه(فاتورة الكترونية فى حالة شركة الدلتا للقاهرة و الاسكندرية و الجيزة ماعدا انتيك جروب / مصر للتأمين فى كل الخدمات / ثروة للتأمين و اروب مع جلوب ميد يطلبوها ضريبية اذا كانت مكتوبة بخط اليد / رويال تطلب فاتورة بسجل تجارى و رقم ضريبى و اىصال دفع الفيزا ان وجد) 2. اصل او صوره التقرير الطبى (روشته) موضح بها اسم العميل,التاريخ,التشخيص و الادويه الموصوفه
D. Dental Treatment	رابعا :علاج الاسنان
1.Original medical report mentioning member’s name and date. 2.Original stamped doctor’s invoice mentioning the cost and type of treatment done with each tooth number, member name and date (stamped E-invoice with the total amount especially Delta requires it in Giza , Cairo and Alexandria Governments) 3. must mention paid the full amount to proof the payment .	1. اصل التقرير الطبى موضح به اسم العميل و التاريخ 2.اصل فاتوره الطبيب موضح بها سعر كل خدمه علي حدا ورقم السن او الضرس, اسم العميل و التاريخ علي ان تكون مختومه (فاتورة الكترونية فى حالة شركة الدلتا للقاهرة و الاسكندرية و الجيزة ماعدا انتيك جروب / مصر للتأمين فى كل الخدمات) 3.يجب ان يوضح كلمة تم الدفع لتأكيد انها مدفوعة كاملا

E. eyesight measurement		خامسا:كشف النظر
1. Original eyesight measurement mentioning member’s name and date and must mention or stamped with hospital /or doctor’s name . 2. Original stamped optical shop invoice mentioning the cost of the frame or the glass lenses , member name and date , However make sure to revise the blacklisted optical shop to avoid purchases from the listed non trusted shops (stamped E-invoice with the total amount especially Delta requires it in Giza , Cairo and Alexandria Governments) 3. Business shop card of the optical shop .	☐ ☐ ☐	ا.كشف النظر موضح به اسم العميل و التاريخ مختوم من الطبيب او المستشفى او موضح على قياس النظر اسم المستشفى او الطبيب 2.اصل فاتوره النظارة و/او العدسات, اسم العميل و التاريخ علي ان تكون مختومه على ان يكون موضح الرقم الضريبي و البطاقة الضريبية و يتم مراجعة شيت محلات البصريات غير الموثوق فيها للتأكد من عدم وجود المحل فى القائمة (فاتورة الكترونية فى حالة شركة الدلتا للقاهرة و الاسكندرية و الجيزة ماعدا انتيك جروب / مصر للتأمين فى كل الخدمات/ رويال تطلب فاتورة بسجل تجارى و رقم ضريبي و ايصال دفع الفيزا ان وجد) 3.الكارت الخاص بمحل البصريات موضح العنوان و ارقام التليفون .
F. maternity		سادسا: الولادة
2. Stamped E-invoice from the Hospital with the total amount (Metlife requires it in all governments / Delta and AXA require it in Giza , Cairo and Alexandria Governments) 3. Stamped detailed breakdown invoice with name and date clarifying name and cost of each service separately 4. Stamped proof of payment 5. Hospital report clarify type of delivery ,date of admission and discharge // Doctor’s request for hospital admission . 6. Copy of child birth certificate	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	1. فاتورة الكترونية مختومة من المستشفى بالمبلغ الاجمالى (تطلبه ميتلايف فى كل المحافظات / دلتا و اكسا تطلبه فى محافظات القاهرة و الجيزة و الاسكندرية / مصر للتأمين فى كل الخدمات) 2.اصل فاتورة تفصيلية من مقدم الخدمة مختومة و مؤرخة وتشمل اسم وسعر كل بند يندرج تحت الاتي: الادوية والمستلزمات والاقامة والاشعات والتحاليل واجور الاطباء. 3. ايصال استلام نقدية مختوم 4. تقرير طبي موضحا تاريخ الدخول و الخروج، تفاصيل . الحالة المرضية كنوع الولادة و تفاصيل الخدمات الطبية المقدمة // طلب من الدكتور لدخول المستشفى للولادة 5.صورة من شهادة ميلاد الطفل