

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	<input type="checkbox"/>	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, AXA & Misr insurance require it in all governments / Delta requires it in Giza , Cairo and Alexandria Governments)	<input type="checkbox"/>	1. فاتورة الكترونية مختومة من المستشفى بالمبلغ الاجمالي (تطلبه ميتلايف , اكسا و مصر للتأمين فى كل المحافظات / دلتا تطلبه فى محافظات القاهرة و الجيزة و الاسكندرية / عنابه / مصر للتأمين فى كل الخدمات)
1. Original final detailed breakdown stamped invoice s from hospital including member's name and date. (Showing <i>breakdown of services</i>)	<input type="checkbox"/>	2. اصل الفاتورة التفصيلية مختومة من المستشفى موضح بها اسم العميل و التاريخ علي ان تكون مختومه. 3. فاتوره مفصله بالادويه و المستلزمات.
3- Detailed invoice for the supplies and medications.	<input type="checkbox"/>	4. اصل اصوره من التقرير الطبي موضح به سبب الدخول, الحالة عند الدخول بالاضافه الي اسم العميل و التاريخ و التشخيص.
4- The original copy / copy of medical report mentioning the reason of admission, the member's condition upon admission, member name, date and diagnosis.	<input type="checkbox"/>	5. اصل او صوره من كافه نتائج الفحوصات التي تمت داخل المستشفى.
5- Copy of all investigations done inside the hospital.	<input type="checkbox"/>	6. تقرير الخروج من المستشفى يوضح حاله المريض عند الخروج.
6- Discharge report from the hospital stating the member's condition during discharge.	<input type="checkbox"/>	7. فاتورة مختومة مفصله باتعاب الطبيب و الفريق الطبي
7-Original detailed stamped invoice with Surgeon/ Attending Physician's fees + Surgical Team fees.	<input type="checkbox"/>	
B. Outpatient Services		ثانياً: العيادات الخارجية
<u>Consultations</u>		<u>كشف الطبيب</u>
1. Physician's prescription including: <ul style="list-style-type: none">• Patient's name in full• Date of consultation• Reason for consultation (Signs/ Symptoms or Diagnosis)	<input type="checkbox"/>	1. يتم تسليم اصل او صوره من الروشنة الخاصة بالطبيب موضحا بها : <ul style="list-style-type: none">• اسم المريض ثلاثيا• تاريخ توقيع الكشف الطبي• التشخيص او الشكوى
2. The original consultant invoice or medical profession receipt for consultation fees mentioning member name, date and to be stamped (E-invoice in Misr insurance)	<input type="checkbox"/>	2. اصل فاتوره الطبيب او ايصال مهن تجاريه موضح به اسم العميل و التاريخ علي ان يكون مختوم (فاتورة الكترونية تطلبها مصر للتأمين)

