

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 requires it in all governments / Delta and AXA require it in Giza , Cairo and Alexandria Governments)	<input type="checkbox"/>	1. فاتورة الكترونية مختومة من المستشفى بالمبلغ الاجمالي (تطلبه ميتلايف في كل المحافظات / دلتا و اكسا تطلبه في محافظات القاهرة و الجيزة و الاسكندرية)
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- Detailed invoice for the supplies and medications.	<input type="checkbox"/>	3. فاتوره مفصله بالادويه و المستلزمات.
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"/>	4. اصل اوصوره من التقرير الطبي موضح به سبب الدخول, الحاله عند الدخول بالاضافه الي اسم العميل و التاريخ و التشخيص.
5- Copy of all investigations done inside the hospital.	<input type="checkbox"/>	5. اصل او صوره من كافه نتائج الفحوصات التي تمت داخل المستشفى.
6- Discharge report from the hospital stating the member's condition during discharge.	<input type="checkbox"/>	6. تقرير الخروج من المستشفى يوضح حاله المريض عند الخروج.
7-Original detailed stamped invoice with Surgeon/ Attending Physician's fees + Surgical Team fees.	<input type="checkbox"/>	7. فاتورة مختومة مفصله باتعاب الطبيب و الفريق الطبي
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 موضحاً 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	<input type="checkbox"/>	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>

<p>1. Stamped E-invoice with the total amount (Delta requires it in Giza , Cairo and Alexandria Governments)</p> <p>2.Original request / or a copy for lab investigations or scans with:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient's name in full • Date of consultation • Reason for consultation (Signs/ Symptoms or Diagnosis <p>3. Original stamped breakdown final invoice showing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient's full name • Name and cost of each service • Date of service performed • Total Service fees <p>4.Original or copies of lab results, or reports for scans</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>1. فاتورة الكترونية مختومة من مقدم الخدمة بالمبلغ الاجمالي (دلنا تطلبه في محافظات القاهرة و الجيزة و الاسكندرية)</p> <p>2. اصل او صورته من طلب التحاليل او الاشعة موضحا بها</p> <ul style="list-style-type: none"> • اسم المريض ثلاثيا • تاريخ توقيع الكشف الطبي • التشخيص او الشكوى <p>3. اصل الفاتورة التفصيلية المختومة موضحا بها:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اسم المرض ثلاثيا • تاريخ تقديم الخدمة الطبية • اسم و قيمة كل تحليل /كل اشعة • المبلغ المسدد <p>4. اصل او صورة التقرير الطبي الخاص بالتحاليل و الاشعات التي تمت و نتائجها</p>
<u>Physiotherapy/ chemotherapy</u>		<u>العلاج الطبيعى / علاج كيماوى</u>
<p>1. stamped E-invoice with the total amount (Delta requires it in Giza , Cairo and Alexandria Governments)</p> <p>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.</p> <p>3. Stamped original finalized invoice with breakdown including:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total number of sessions • Date of each session • Price of each session <p>4.The original follow up card clarifying the date of each session.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>1. فاتورة الكترونية مختومة من مقدم الخدمة بالمبلغ الاجمالي (دلنا تطلبه في محافظات القاهرة و الجيزة و الاسكندرية)</p> <p>2. اصل او صورته من التقرير الطبي (طلب الجلسات بعددها) من طبيب العظام او اعصاب مصحوب بنتائج الفحوصات موضح به اسم العميل , التاريخ و التشخيص.</p> <p>3. اصل فاتورة مفصلة مختومة عن كل جلسة او فاتورة مجمعة موضح بها:</p> <ul style="list-style-type: none"> • عدد الجلسات • سعر كل جلسة • تاريخ كل جلسة <p>4. اصل كارت المتابعه (حضور الجلسات)موضح به تاريخ كل جلسته.</p>
C. Medications		ثالثا : العلاج (الادوية الموصوفة)
<p>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</p> <p>2. Original medical report / copy of (prescription) mentioning member's name, diagnosis, date and prescribed medications.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>1. اصل فاتورة الادويه موضح بها سعر كل صنف, اسم العميل و التاريخ علي ان تكون مختومه (فاتورة الكترونية في حالة شركة دلنا للقاهرة و الاسكندرية و الجيزة)</p> <p>2. اصل او صورته التقرير الطبي (روشته) موضح بها اسم العميل, التاريخ, التشخيص و الادويه الموصوفه</p>
D. Dental Treatment		رابعا : علاج الاسنان
<p>1.Original medical report mentioning member's name and date.</p> <p>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)</p> <p>3. must mention paid the full amount to proof the payment .</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>1. اصل التقرير الطبي موضح به اسم العميل و التاريخ</p> <p>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 في حالة شركة دلنا للقاهرة و الاسكندرية و الجيزة)</p> <p>3. يجب ان يوضح كلمة تم الدفع لتأكيد انها مدفوعة كاملا</p>

E. eyesight measurement		خامسا: كشف النظر
<p>1. Original eyesight measurement mentioning member's name and date and must mention or stamped with hospital /or doctor's name .</p> <p>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)</p> <p>3. Business shop card of the optical shop .</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>1. كشف النظر موضح به اسم العميل و التاريخ مختوم من الطبيب او المستشفى او موضح على قياس النظر اسم المستشفى او الطبيب</p> <p>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)</p> <p>3. الكارت الخاص بمحل البصريات موضح العنوان و ارقام التليفون .</p>
F. maternity		سادسا: الولادة
<p>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)</p> <p>3. Stamped detailed breakdown invoice with name and date clarifying name and cost of each service separately</p> <p>4. Stamped proof of payment</p> <p>5. Hospital report clarify type of delivery ,date of admission and discharge // Doctor's request for hospital admission .</p> <p>6. Copy of child birth certificate</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>1. فاتورة الكترونية مختومة من المستشفى بالمبلغ الاجمالي (تطلبه ميتلايف فى كل المحافظات / دلتا و اكسا تطلبه فى محافظات القاهرة و الجيزة و الاسكندرية)</p> <p>2. اصل فاتورة تفصيلية من مقدم الخدمة مختومة و مؤرخة وتشمل اسم وسعر كل بند يندرج تحت الاتي: الادوية والمستلزمات والاقامة والاشعات والتحليل واجور الاطباء.</p> <p>3. ايصال استلام نقدية مختوم</p> <p>4. تقرير طبي موضحا تاريخ الدخول و الخروج، تفاصيل . الحالة المرضية كنوع الولادة و تفاصيل الخدمات الطبية المقدمة // طلب من الدكتور لدخول المستشفى للولادة</p> <p>5. صورة من شهادة ميلاد الطفل</p>