

**Reimbursement checklist**

Checklist Items		
<b>Completed claim form including:</b>		<b>استكمال نموذج مطالبة :</b>
Completed medical section or attached medical report Showing <b>diagnosis</b> and onset date of symptoms	<input type="checkbox"/>	يراعي استكمال البيانات الطبية او ارفاق تقرير طبي يوضح التشخيص و تاريخ ظهور الاعراض
<b>A. Inpatient services</b>		<b>أولاً: المستشفيات / خدمات العلاج الداخلي</b>
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 / عنايه / مصر للتأمين في 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- 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>B. Outpatient Services</b>		<b>ثانياً: العيادات الخارجية</b>
<b><u>Consultations</u></b>		<b><u>كشف الطبيب</u></b>
1. Physician's prescription including: <ul style="list-style-type: none"><li>• Patient's name in full</li><li>• Date of consultation</li><li>• Reason for consultation (Signs/ Symptoms or Diagnosis)</li></ul>	<input type="checkbox"/>	1. يتم تسليم اصل او صوره من الروشنة الخاصة بالطبيب موضحاً بها : <ul style="list-style-type: none"><li>• اسم المريض ثلاثياً</li><li>• تاريخ توقيع الكشف الطبي</li><li>• التشخيص او الشكوى</li></ul>
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.
<b><u>Lab Investigations and Scans</u></b>		<b><u>التحاليل الطبية و الاشعات</u></b>

<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"> <li>• Patient's name in full</li> <li>• Date of consultation</li> <li>• Reason for consultation (Signs/ Symptoms or Diagnosis</li> </ul> <p>3. <b>Original stamped</b> breakdown final invoice showing:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient's full name</li> <li>• Name and cost of each service</li> <li>• Date of service performed</li> <li>• Total Service fees</li> </ul> <p>4.Original or copies of lab results, or reports for scans</p>	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<p>1. فاتورة الكترونية مختومة من مقدم الخدمة بالمبلغ الاجمالي (دلنا تطلبه في محافظات القاهرة و الجيزة و الاسكندرية/ عنايه / مصر للتأمين في كل الخدمات )</p> <p>2. اصل او صوره من طلب التحاليل او الاشعة موضحا بها</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اسم المريض ثلاثيا</li> <li>• تاريخ توقيع الكشف الطبي</li> <li>• التشخيص او الشكوى</li> </ul> <p>3. اصل الفاتورة التفصيلية المختومة موضحا بها:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اسم المرض ثلاثيا</li> <li>• تاريخ تقديم الخدمة الطبية</li> <li>• اسم و قيمة كل تحليل /كل اشعة</li> <li>• المبلغ المسدد</li> </ul> <p>4. اصل او صورة التقرير الطبي الخاص بالتحاليل و الاشعات التي تمت و نتائجها</p>
<b><u>Physiotherapy/ chemotherapy</u></b>		<b><u>العلاج الطبيعي / علاج كيمائوي</u></b>
<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 <b>breakdown</b> including:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Total number of sessions</li> <li>• Date of each session</li> <li>• Price of each session</li> </ul> <p>4.The original follow up card clarifying the date of each session.</p>	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<p>1. فاتورة الكترونية مختومة من مقدم الخدمة بالمبلغ الاجمالي (دلنا تطلبه في محافظات القاهرة و الجيزة و الاسكندرية / مصر للتأمين في كل الخدمات )</p> <p>2. اصل او صوره 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"> <li>• عدد الجلسات</li> <li>• سعر كل جلسة</li> <li>• تاريخ كل جلسة</li> </ul> <p>4. اصل كارت المتابعه (حضور الجلسات)موضح به تاريخ كل جلسه.</p>
<b>C. Medications</b>		<b>ثالثا : العلاج (الادوية الموصوفة)</b>
<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>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<p>1. اصل فاتورة الادويه موضح بها سعر كل صنف , اسم العميل و التاريخ علي ان تكون مختومه (فاتورة الكترونية في حالة شركة الدلتا للقاهرة و الاسكندرية و الجيزة / مصر للتأمين في كل الخدمات )</p> <p>2. اصل او صوره التقرير الطبي (روشته) موضح بها اسم العميل, التاريخ, التشخيص و الادويه الموصوفه</p>
<b>D. Dental Treatment</b>		<b>رابعا : علاج الاسنان</b>
<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>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<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 الدلتا للقاهرة و الاسكندرية و الجيزة / مصر للتأمين في كل الخدمات)</p> <p>3. يجب ان يوضح كلمة تم الدفع لتأكيد انها مدفوعة كاملا</p>

<b>E. eyesight measurement</b>		<b>خامسا: كشف النظر</b>
<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 / مصر للتأمين فى كل الخدمات )</p> <p>3. الكارت الخاص بمحل البصريات موضح العنوان و ارقام التليفون .</p>
<b>F. maternity</b>		<b>سادسا: الولادة</b>
<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 / مصر للتأمين فى كل الخدمات)</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>