

Nextcare reimbursement checklist

Checklist Items		
Completed claim form including:	<input type="checkbox"/>	استكمال نموذج مطالبة : يراعي استكمال البيانات الطبية او ارفاق تقرير طبي يوضح التشخيص و تاريخ ظهور الاعراض
Completed medical section or attached medical report Showing diagnosis and onset date of symptoms	<input type="checkbox"/>	أولاً: المستشفيات / خدمات العلاج الداخلي
1. Original final detailed breakdown stamped invoices from hospital including member's name and date. <i>(Showing breakdown of services)</i> 2- Detailed invoice for the supplies and medications. 3- The original copy / copy of medical report mentioning the reason of admission, the member's condition upon admission, member name, date and diagnosis. 4- Copy of all investigations done inside the hospital. 5- Discharge report from the hospital stating the member's condition during discharge. 6- Original stamped invoice with Surgeon/ Attending Physician's fees + Surgical Team fees	<input type="checkbox"/>	1. اصل الفاتورة التفصيلية مختومة من المستشفى موضح بها اسم العميل و التاريخ علي ان تكون مختومة. فاتورة مفصلة بالادوية والمستلزمات. 2. اصل او صوره من التقرير الطبي موضح به سبب الدخول، الحاله عند الدخول بالإضافة الي اسم العميل و التاريخ و التشخيص. 3. اصل او صوره من كافة نتائج الفحوصات التي تمت داخل المستشفى. 4. تقرير الخروج من المستشفى يوضح حالة المريض عند الخروج. 5. فاتورة مختومة باتصال الطبيب و الفريق الطبي 6. فاتورة مختومة باتصال الطبيب و الفريق الطبي
B. Outpatient Services		ثانياً: العيادات الخارجية
Consultations		كشف الطبيب
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 الروشتة 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	<input type="checkbox"/>	2. اصل فاتورة الطبيب او ايصال مهن تجاريه موضح به اسم العميل و التاريخ علي ان يكون مختوم.
Lab Investigations and Scans		التحاليل الطبية و الاشعات
1. Original request / or a copy for lab investigations or scans with: <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. اصل او صوره من طلب التحاليل او الاشعة موضحا بها : <ul style="list-style-type: none">• اسم المريض ثلاثيا• تاريخ توقيع الكشف الطبي• التشخيص او الشكوى
2. Original stamped final invoice showing: <ul style="list-style-type: none">• Patient's full name• Type of service• Date of service performed• Service fees	<input type="checkbox"/>	2. اصل الفاتورة التفصيلية المختومة موضحا بها: <ul style="list-style-type: none">• اسم المرض ثلاثيا• تاريخ تقديم الخدمة الطبية• نوع الخدمة• المبلغ المطلوب سداده
3. Original or copies of lab results, or reports for scans	<input type="checkbox"/>	3. اصل او صورة التقرير الطبي الخاص بالتحاليل و الاشعات التي تمت و نتائجها

Physiotherapy		العلاج الطبيعي
1. Original medical report / copy of (physiotherapy sessions request) including the member's name, date and the diagnosis attaching with it all the scans results done.	<input type="checkbox"/>	1. اصل او صوره من التقرير الطبي (طلب الجلسات) مصحوب بنتائج الفحوصات موضح به اسم العميل , التاريخ و التشخيص.
2. An original final invoice with breakdown including: <ul style="list-style-type: none">• Total number of sessions• Date of each session• Price of each session 3.The original follow up card clarifying the date of each session.	<input type="checkbox"/>	2. اصل فاتورة مفصله عن كل جلسة او فاتورة مجملة موضح بها: <ul style="list-style-type: none">• عدد الجلسات• سعر كل جلسة• تاريخ كل جلسة 3. اصل كارت المتابعة (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.	<input type="checkbox"/>	1. اصل فاتورة الادويه موضح بها سعر كل صنف, اسم العميل و التاريخ علي ان تكون مختومه.
2. Original medical report / copy of (prescription) mentioning member's name, diagnosis, date and prescribed medications.	<input type="checkbox"/>	2. اصل او صوره التقرير الطبي (روشتة) 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 to each tooth, member name and date.		1. اصل التقرير الطبي موضح به اسم العميل و التاريخ 2. اصل فاتوره الطبيب موضح بها سعر كل خدمه علي حده ورقم السن او الضرس, اسم العميل و التاريخ علي ان تكون مختومه.
E. Eyeglasses		خامسا: النظارات:
1. Original stamped eyesight measurement / copy including member's name and date. 2. Original optical invoice (taxed invoice) mentioning member's name and date.		1. اصل او صوره من قياس النظر موضح به اسم العميل و التاريخ. 2. اصل فاتوره النظاره (فاتوره ضريبية)موضح بها اسم العميل و التاريخ علي ان تكون مختومه.
F. Maternity and delivery		سادسا: الحمل و الولادة:
1.Original consultation invoice mentioning member's name, date and diagnosis. 2.Ultrasound mentioning name and cost of US. 3.Delivery (childbirth certificate, all papers related to inpatient admission stamped and detailed)		1. الكشف موضح به قيمه الكشف, اسم العميل, التاريخ و التشخيص. 2. سونار موضح فيه تاريخ الخدمه و قيمه السونار. 3. الولادة: شهاده ميلاد المولود و كافة الاوراق المطلوبه للعلاج داخل المستشفى (جميع الفواتير مفصله و مختومه).