

Nextcare reimbursement checklist

Checklist Items		
Completed claim form including: Completed medical section or attached medical report Showing diagnosis and onset date of symptoms	<input type="checkbox"/>	استكمال نموذج مطالبة : يراعي استكمال البيانات الطبية او ارفاق تقرير طبي يوضح التشخيص و تاريخ ظهور الاعراض
A. Inpatient services		أولاً: المستشفيات / خدمات العلاج الداخلي
1. Original final detailed breakdown stamped invoice s 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 مختومه. 2. فاتوره مفصله بالادويه و المستلزمات. 3. اصل اوصوره من التقرير الطبي موضح به سبب الدخول, الحاله عند الدخول بالاضافه الي اسم العميل و التاريخ و التشخيص. 4. اصل او صوره من كافه نتائج الفحوصات التي تمت داخل المستشفى. 5. تقرير الخروج من المستشفى يوضح حاله المريض عند الخروج. 6. فاتورة مختومة 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 موضحا بها : <ul style="list-style-type: none">• اسم المريض ثلاثيا• تاريخ توقيع الكشف الطبى• 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>
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 الطبى• 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">• إسم 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 الطبى الخاص بالتحاليل و الاشعات التى تمت و نتائجها

العلاج الطبيعي		Physiotherapy
1. اصل او صورته من التقرير الطبي (طلب الجلسات) مصحوب بنتائج الفحوصات موضح به اسم العميل , التاريخ و التشخيص.	<input type="checkbox"/>	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.
2. اصل فاتورة مفصله عن كل جلسة او فاتورة مجمعة موضح بها: • عدد الجلسات • سعر كل جلسة • تاريخ كل جلسة 3. اصل كارت المتابعه (حضور الجلسات)موضح به تاريخ كل جلسه.	<input type="checkbox"/>	2. An original final invoice with breakdown including: <ul style="list-style-type: none">Total number of sessionsDate of each sessionPrice of each session 3.The original follow up card clarifying the date of each session.
ثالثا : العلاج (الادوية الموصوفة)		C. Medications
1. اصل فاتورة الادويه موضح بها سعر كل صنف, اسم العميل و التاريخ علي ان تكون مختومه.	<input type="checkbox"/>	1. Original stamped medications invoice mentioning cost of each item, member's name and date.
2. اصل او صورته التقرير الطبي (روشته) موضح بها اسم العميل, التاريخ, التشخيص و الادويه الموصوفه.	<input type="checkbox"/>	2. Original medical report / copy of (prescription) mentioning member's name, diagnosis, date and prescribed medications.
رابعا : علاج الاسنان		D. Dental Treatment
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.		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.
خامسا: النظارات:		E. Eyeglasses
1. اصل او صورته من قياس النظر موضح به اسم العميل و التاريخ. 2. اصل فاتوره النظاره (فاتوره ضريبيه)موضح بها اسم العميل و التاريخ علي ان تكون مختومه.		1. Original stamped eyesight measurement / copy including member's name and date. 2. Original optical invoice (taxed invoice) mentioning member's name and date.
سادسا: الحمل و الولادة:		F. Maternity and delivery
1.الكشف موضح به قيمه الكشف , اسم العميل, التاريخ و التشخيص. 2.سونار موضح فيه تاريخ الخدمه و قيمه السونار. 3. الولاده: شهاده ميلاد المولود و كافه الاوراق المطلوبه للعلاج داخل المستشفى (جميع الفواتير مفصله و مختومه).		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)