



Check list for Reimbursement Claims. (Please tick the appropriate check box if the documents are enclosed).

قائمة التحقق من مطالبات السداد. (يرجى وضع علامة في خانة الاختيار المناسبة إذا كانت المستندات مرفقة)

OUTPATIENT CLAIMS (OP).

العلاج بالعيادات الخارجية.

- | | | |
|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Duly filled & signed claim form with all the details as applicable | تعبئة إستمارة المطالبة كما ينبغي مع ذكر التفاصيل المطلوبة. |
| <input type="checkbox"/> | Copy of Medical card of the Patient | نسخة من البطاقة الصحية للمريض. |
| <input type="checkbox"/> | Intimation/Pre Approval Copy of the Mail- Intimated or Received. | نسخة من البريد المُرسَل للإخطار أو الموافقة المسبقة. |
| <input type="checkbox"/> | All "Original" Bills/Invoices and it's Receipts towards Payment made. | جميع الفواتير الأصلية مع إيصالات الدفع. |
| <input type="checkbox"/> | Medical Record/Medical Report stating the Diagnosis & Treatment details. | التقارير الطبية التي توضح تشخيص المرض و تفاصيل العلاج المُعطى. |
| <input type="checkbox"/> | Prescription from the doctor if any medicine bills are submitted | الوصفه الطبية لجميع الأدوية المصروفة. |
| <input type="checkbox"/> | Investigation reports if any investigation bills are submitted. | تقارير الفحوصات والتحليل المخبرية. |
| <input type="checkbox"/> | Break up towards the submitted bills/Invoice if any. | الفواتير المفصلة لجميع الفواتير المرفقة. |

INPATIENT/DAYCARE/OVERSEAS CLAIMS (IP).

التنويم / الرعاية النهارية و العلاج بالخارج.

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Duly filled & signed claim form with all the details as applicable | تعبئة إستمارة المطالبة كما ينبغي مع ذكر التفاصيل المطلوبة. |
| <input type="checkbox"/> | Copy of Medical card of the Patient. | نسخة من البطاقة الصحية للمريض. |
| <input type="checkbox"/> | Intimation/Pre Approval Copy of the Mail- Intimated or Received. | نسخة من البريد المُرسَل للإخطار أو الموافقة المسبقة. |
| <input type="checkbox"/> | All "Original" Bills/Invoices and it's Receipts towards Payment made. | جميع الفواتير الأصلية مع إيصالات الدفع. |
| <input type="checkbox"/> | Discharge summary with details of diagnosis & Treatment/surgery if any. | تقرير الترخيص الكامل مع ذكر التفاصيل المتعلقة بتشخيص المرض ، تفاصيل العلاج المُعطى و العملية إن وجدت . |
| <input type="checkbox"/> | Prescription from the doctor if any medicine bills are submitted | الوصفه الطبية لجميع الأدوية المصروفة. |
| <input type="checkbox"/> | Investigation reports if any investigation bills are submitted. | تقارير الفحوصات و التحليل المخبرية. |
| <input type="checkbox"/> | Break up towards the submitted bills/Invoice if any. | الفواتير المفصلة لجميع الفواتير المرفقة. |