

Reimbursement Instructions

Very Important Notes:

1. Filling all fields of the Reimbursement ASOAP Form is mandatory
2. Diagnosis must be mentioned in the ASOAP Form
3. Charges of services must be mentioned in the ASOAP Form
4. Reimbursement ASOAP Form must be duly signed & stamped by the treating physician

REQUIRED DOCUMENTS

1st. Outpatient Services

A. Consultation

- a. Reimbursement ASOAP Form signed & stamped by the treating physician
- b. Copy of the membership card
- c. Consultation fee invoice (original)

B. Medications

- a. Reimbursement ASOAP Form signed & stamped by the treating physician including the prescribed drugs.
- b. Copy of the membership card
- c. Pharmacy invoice (Original)

C. Radiology & Laboratory

- a. Reimbursement ASOAP Form signed & stamped by the treating physician
- b. Copy of the membership card
- c. Results of the Laboratory & Radiology investigations (Original)
- d. Laboratory Or Radiology center invoice (Original)

D. Physiotherapy Sessions

- a. Reimbursement ASOAP Form signed & stamped by the treating physician
- b. Copy of the membership card
- c. Medical Report detailing number & type of sessions performed. (signed & Stamped by the physiotherapist)
- d. Physiotherapist fee invoice (Original)

E. Dental Services

- a. Reimbursement ASOAP Form signed & stamped by the dentist
- b. Copy of the membership card
- c. Detailed invoice of the dentist fees (Original)
- d. Medical report detailing the description of service (Filling- Extraction...), the type of service (Amalgam or Composite Filling- Simple or Surgical Extraction) ,Number& Surface of tooth (signed & Stamped by the dentist)

F. Optical Services Claim

- a. Reimbursement ASOAP Form signed & stamped by the ophthalmologist
- b. Copy of the Membership card
- c. Eye sight test report
- d. Ophthalmologist / Optometrist fee invoice (Original)
- e. Spectacles invoice (Original)

G. Maternity

- a. Reimbursement ASOAP Form signed& stamped by the obstetrician
- b. Copy of the Membership card

1. Follow up
 - i. Consultation (as mentioned earlier)
 - ii. Investigations (as mentioned earlier)
 - iii. Medications (as mentioned earlier)
2. Delivery
 - i. Reimbursement ASOAP Form signed& stamped by the obstetrician
 - ii. Copy of the membership card
 - iii. Detailed medical report (**Original**) signed &stamped by the obstetrician.
 - iv. Hospital charges detailed invoice (**Original**)
 - v. Obstetrician fees invoice(**Original**)
 - vi. Copy of the newborn birth certificate

2nd. Inpatient Services

- a. Reimbursement ASOAP Form signed& stamped by the treating physician
- b. Copy of the Membership card
- c. Detailed Medical report (Signed & stamped by the obstetrician)
- d. Hospital charges detailed invoice (**Original**)
- e. Surgeon fee invoice (**Original**)

تعليمات مطالبات الاسترداد النقدي

ملاحظات هامة

1. يجب ملئ جميع الخانات الموجودة بنموذج الاسترداد Reimbursement ASOAP form
2. لابد من كتابة التشخيص بنموذج الاسترداد
3. لا بد من توقيع وختم نموذج الاسترداد من قبل الطبيب المعالج.
4. يجب تقديم قائمة اجمالية موضح بها اسماء المرضى والقيمة الاجمالية الخاصة بخدمات كل منهم. (للشركات)

المستندات المطلوبة

أولا: خدمات العيادات الخارجية

1. الكشف

1. اصل نموذج الاسترداد مختوم وموقعا عليه من قبل الطبيب المعالج
2. اصل فاتورة الكشف.
3. صورة من بطاقة العضوية

2. الادوية

1. نموذج الاسترداد مختوم وموقعا عليه من قبل الطبيب المعالج
2. صورة من بطاقة العضوية
3. صورة من روصنة الطبيب المعالج.
4. أصل فاتورة الصيدلية .

3. الاشعات والتحليل

1. نموذج الاسترداد مختوم وموقعا عليه من قبل الطبيب المعالج
2. صورة من بطاقة العضوية
3. أصل من نتائج التحاليل والاشعات.
1. أصل الفواتير الصادرة من معمل التحليل او مركز الاشعة.

4. العلاج الطبيعي

1. نموذج الاسترداد مختوم وموقعا عليه من قبل الطبيب المعالج
2. صورة من بطاقة العضوية
3. تقرير طبي موضح بة عدد ونوع الجلسات مختوم وموقع من مركز العلاج الطبيعي.
4. أصل الفاتورة مختومة وموقعة من مركز العلاج الطبيعي.

5. خدمات الاسنان

1. نموذج الاسترداد مختوم وموقعا عليه من قبل طبيب الاسنان
2. صورة من بطاقة العضوية
3. أصل فاتورة تكاليف العلاج مختومة وموقعة من طبيب الاسنان
4. تقرير طبي موضح بة الخدمات التي تم اجراءها تفصيليا ووصفها ورقم الضرس والسطح الذي تم عليه الاجراء مختوم وموقع من طبيب الاسنان.

6. متابعة الحمل والولادة

1. نموذج الاسترداد مختوم وموقعا عليه من قبل طبيب النساء والولادة
2. صورة من بطاقة العضوية

(أ) متابعة الحمل (كما تم ذكره مسبقا في النقاط أ،ب،ت)

1. الكشف
2. الفحوصات
3. الادوية

(ب) الولادة

1. تقرير طبي مفصل موقع ومختوم من طبيب النساء والتوليد
2. أصل الفاتورة التفصيلية للمستشفى موقعة ومختومة من طبيب النساء والتوليد
3. أصل إيصال الدفع .
4. صورة شهادة ميلاد الطفل.
5. أصل فاتورة اتعاب الطبيب .

ثانياً: خدمات تتطلب الإقامة في المستشفى (كالعمليات وحالات التي تتطلب الحجز بالمستشفى)

-
1. نموذج الاسترداد مختوم وموقعا عليه من قبل الطبيب المعالج
 2. صورة من بطاقة العضوية
 1. تقرير طبي مفصل.
 2. أصل الفاتورة التفصيلية موقعة ومختومة من المستشفى .
 3. أصل إيصال الدفع .

Reimbursements Statement

Policy Holder: _____

Payer: _____

Number of Claims: _____

Sent Date: _____

Sent by: _____

Serial#	Beneficiary Name	Card #	Number of documents	Total Amount
Total Amount				

Received By:

