

قائمة التحقق لمطالبات استرداد التكاليف CLAIM REIMBURSEMENT CHECKLIST	
نموذج المطالبة	claim form
MEDICAL DOCUMENTS <ul style="list-style-type: none"> Submit a separate form for each provider and family member. Include: Member Name & Number, Expense breakdown, Bank details (IBAN) or address if cheque, Country of treatment, and Member signature. 	المستندات الطبية <ul style="list-style-type: none"> تقديم نموذج منفصل لكل مزود خدمة وكل فرد من أفراد العائلة. يجب أن يتضمن النموذج: اسم ورقم العضو، تفصيل النفقات، تفاصيل البنك (الإيابان) أو العنوان في حال الدفع بشيك، دولة العلاج، وتوقيع العضو.
INVOICES & RECEIPTS <ul style="list-style-type: none"> Outpatient: Medical report stating symptoms & diagnosis (signed & stamped by treating doctor). Prescription for medicines issued by the treating doctor. Copies of diagnostic/lab reports prescribed by the treating doctor. Inpatient (in addition): Discharge summary, Operation/progress notes, Itemized bills & digital breakdown. 	الفواتير والإيصالات <ul style="list-style-type: none"> عيادات خارجية: تقرير طبي يوضح الأعراض والتشخيص (موقع ومحظوظ من الطبيب المعالج). وصفة طبية صادرة عن الطبيب المعالج للأدوية والاختبارات. نسخ من تقارير التحاليل/الأشعة التي تم وصفها من قبل الطبيب المعالج. حالات التنويم بالمستشفى (إضافة إلى ما سبق): ملخص الخروج، الملحوظات الجراحية/ملحوظات المتابعة، الفاتورة المفصلة مع التكلفة الرقمية
SUBMISSION GUIDELINES <ul style="list-style-type: none"> Include invoice number, date, and patient name. Amount paid (with currency), provider's name and contact details. Services rendered with cost and any applicable discount. Proof of payment: paid stamp, signed receipt, card slip, or matching bank statement. 	إرشادات تقديم المطالبة <ul style="list-style-type: none"> يجب أن تتضمن: رقم الفاتورة، تاريخها، واسم المريض البلغ المدفوع (مع تحديد العملة)، واسم مزود الخدمة وتفاصيل الاتصال. الخدمات المقدمة مع تكلفتها وأي خصم إن وجد. إثبات الدفع: ختم "مدفع"، إيصال موقع، قسيمة بطاقة الدفع، أو كشف حساب بنكي مطابق.
TREATMENT SPECIFIC REQUIREMENTS <ul style="list-style-type: none"> Physiotherapy/Chiropractic: Session breakdown with dates; prescribed by a specialist (e.g., Orthopedic); extensions require specialist approval. Dental: Tooth number (for fillings, RCT, extractions); Digital X-ray for RCT or surgical extraction. Optical: Refraction test + lens prescription signed & stamped by ophthalmologist (unless otherwise stated). Chronic/Pre-existing: Prescription valid for at least one year. 	المتطلبات الخاصة بتنوع العلاج <ul style="list-style-type: none"> العلاج الطبيعي/تقوريم العمود الفقري: تفاصيل الجلسات مع التواريف؛ يجب أن يكون العلاج موصوفاً قبل اختصاصي (مثل جراحة العظام). تمديد الجلسات يتطلب موافقة اختصاصي. علاج الأسنان: تحديد رقم السن (اللحسوات، علاج العصب، الخلع). أشعة رقمية مطلوبة لعلاج العصب أو الخلع الجراحي. البصريات: فحص الانكسار + وصفة العدسات موقعة ومحظوظة من طبيب العيون (ما لم يُنص على خلاف ذلك). الأمراض المزمنة/السابقة: وصفة طبية سارية لمدة لا تقل عن سنة.
IMPORTANT NOTE <p>Payments for eligible claims are made directly to network providers. For non-network providers, reimbursement will be issued to the member after claim approval.</p>	ملاحظة مهمة <p>يتم دفع المطالبات المؤهلة مباشرةً لمزودي الخدمة ضمن الشبكة. أما مقدمو الخدمة خارج الشبكة، في سيتم استرداد المبلغ للعضو بعد الموافقة على المطالبة.</p>