



Medical Service Request Form at Non- Authorized Facilities / نموذج رد الأموال لخدمات طبية مقدمة من مراكز غير معتمدة من إدارة ميدي كير

Part I: (To be fill out by participant)

الجزء الأول: (يستكمل بواسطة المشترك)

1- Personal Details:

1- بيانات شخصية:

Name of Main Participant:.....إسم المشترك الأساسي:
Mobile #: رقم المحمول: AUC ID #: رقم الجامعة:
E-mail address:.....البريد الإلكتروني:
Medicare ID #:.....إسم مستخدم الخدمة: Name of Service User's:..... رقم ميدي كير:

2- Why did you use a non-authorized provider:

2 - سبب استخدام مركز طبي غير معتمد من إدارة ميدي كير

- Service not available at Medicare / الخدمة غير متوفرة بالمراكز المعتمدة Advice by MEM physician / تم تحويلي من قبل طبيب ميدي كير
 Emergency Situation / حالة طوارئ

3- Specify the type of service received:

3 - نوع الخدمة التي قدمت :

- Pharmacy / صرف علاج من صيدلية OPD services/ خدمة عيادات خارجية Hospital Admission/ الإقامة والعلاج بالمستشفى
 Contract allowed for opting out of network / التعاقد يسمح بالخروج عنه الشبكة ER Services / خدمة طوارئ

4- Date of Service :

4- تاريخ تقديم الخدمة:

5- Amount Requested: (In numbers & words)

5- المبلغ المطلوب : (بالأرقام والحروف)

6-Consent OD: Authorization to release information: I hereby authorize any provider to release my information regarding the medical, dental, mental, alcohol or drug abuse history, treatment, or benefit payable, including disability or related information concerning this request to Medicare physicians.

6- تفويض بإبداء معلومات: أوافق على تفويض مقدمي الخدمة للإدلاء بآية معلومات متعلقة بهذه المطالبة بخصوص الحالة الصحية وحالة الأسنان واسباب الإصابات وسوء استخدام العقاقير ، والعلاج والمزايا المستحقة والمعلومات الخاصة بنسبة العجز وذلك لأطباء ميدي كير الشرق الأوسط.

ملحوظة : 1. يتم تقديم هذا النموذج خلال ثلاثة اشهر من تاريخ الحصول على الخدمة وإلا سيسقط بعدها الحق في مطالبة الشركة برد تكلفة الخدمة.

2. اعتماد هذا النموذج من إدارة ميدي كير يعنى الموافقة على السداد في حدود أسعار شركة ميدي كير وحسب بنود العقد مع الجامعة.

N.B.: 1- This form should be delivered to Medicare authorities within 3 months from date of service otherwise we regret it would not be valid.

2- Amount to be paid will be calculated according to Medicare approved regional price list and doctors' fees price list.

*Required documents : Check behind

*الأوراق المطلوبة : أنظر خلفية الورقة

Attached documents:.....الأوراق المرفقة:

Date: / / التاريخ:

Main Participant's Signature: توقيع المشترك الأساسي:

Part 2: (To be completed by Medicare PCP)

الجزء الثاني (يستكمل بمعرفة طبيب الرعاية الأولية بميدي كير الشرق الأوسط)

Diagnosis:..... التشخيص :
Prior notification of condition: Yes No هل تم إبلاغك بالحالة : نعم لا
Prior approval for referral to non-authorized facility : Yes No هل قمت بتحويل المريض لمراكز طبية غير معتمدة : نعم لا
Date / / التاريخ: Attach Medical documents / المرفقات الطبية:
Medicare Physician Signature توقيع طبيب الرعاية الأولية:

Part 3: (For Medicare's Financial Department)

الجزء الثالث: (يستكمل بمعرفة الإدارة المالية)

| Invoice no. | Date invoice received | Amount requested | Amount to be paid | Calculation basis | Provider name |
|-------------|-----------------------|------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Total amount after auditing:إجمالي القيمة المستحقة : Due Amount to be paid..... القيمة بعد المراجعة:

Name of Auditor:..... رقم الشيك : Check no أسم المراجع:

/ / :Date / التاريخ

Signature..... : التوقيع

Claims Required documents

❖ Doctor Visits:

- Invoice with cost of service or receipt of Non-Commercial Professions with the physician's stamp,

OR

- Prescription or medical report (Cost of service could be reflected on the same prescription with the physician stamp and his tax number)

❖ Laboratory, X-rays and Radiology:

Original invoice with cost broken-down by provided coverage/service + Physician request broken down by type of required service/treatment and corresponding result/report.

❖ Maternity:

Original invoice broken-down with type of service and corresponding cost + Type of coverage; whether normal or caesarean case.

❖ In-hospitalization:

Medical Report + Original invoice broken-down with type of service and corresponding cost.

❖ Surgical fees:

- Original invoice with cost of service or Receipt of Non-Commercial Professions with the physician stamp.

OR

- Prescription or medical report. (Cost of service could be reflected on the same prescription with the physician stamp and his Tax number)

Dental:

Original Invoice with cost, broken down per provided service/treatment

الاوراق المطلوبة ليتم استرداد الاموال المستحقة من شركة الميدي كير

❖ في حالة تقديم الكشف الطبي:

- ايصال مهن غير تجاريه من الطبيب مختوم بختم الطبيب + صورة الروشنة او التقرير الطبي.

او

- الروشنة او التقرير الطبي مختومة بختم الطبيب ومدون عليها قيمة الخدمة الطبية المقدمة والرقم الضريبي.

❖ في حالة تقديم التحاليل والاشعة:

اصل الفاتورة + طلب تحويل الطبيب ونوع ونتيجة التحاليل.

❖ في حالة تقديم عمليات الولادة بالمستشفيات:

اصل فاتورة المستشفى تفصيليا + تحديد حالة الولادة (طبيعي او قيصرى).

❖ في حالة الإقامة بالمستشفى:

اصل فاتورة المستشفى التفصيلية + تقرير طبي.

❖ مصاريف الجراحة المستقلة للجراح:

- ايصال مهن غير تجاريه من الطبيب مختوم بختم الطبيب + صورة الروشنة او التقرير الطبي.

او

- الروشنة او التقرير الطبي مختومة بختم الطبيب و مدون عليها قيمة الخدمة الطبية المقدمة و الرقم الضريبي.

❖ في حالة خدمات الأسنان:

اصل الفاتورة محدد بها الاجراءات تفصيليا، كل خدمة مفسرة على حدة.