

إجراءات التشغيل لشركة الأهلى للخدمات الطبية



إقرار

أقر انا / ،
المتعاقد مع شركة الأهلي للخدمات الطبية ش.م.م، وأحمل بطاقة رقم
قومي / سجل تجاري، بأنني قد اطلعت على
إجراءات التشغيل الخاصة بالشركة والمكونة من عدد (١٦) ورقة الخاصة بإصدار رقم (١٠) لعام
(٢٠٢٤) وتحتوي جميعها على ما ورد بدليل إجراءات التشغيل (الفهرس) ويعد توقيعي بمثابة إقرار نهائي
بقراءتها وفهمها الفهم التام النافي لأي جهالة، وبأنني ملزم بتطبيقها بدءاً من ٢٠٢٤/٠٧/٠١م في مراجعة
المطالبات وكيفية تقديم الخدمة لعملاء شركة الأهلي للخدمات الطبية وتعتبر المرجع الأساسي في حالة
وجود أي تعارض مع القواعد الخاصة بمقدم الخدمة.

وهذا إقرار مني بذلك،

الأهلي للخدمات الطبية
..... / الاسم
AL AHLY MEDICAL COMPANY

الرقم القومي /

السجل التجاري /

التاريخ: /..... /.....

ختم مقدم الخدمة الطبية:

الفهرس

<u>الصفحة</u>	<u>الموضوع</u>
٤	١. إجراءات تقديم الخدمة الطبية.
٥	• الخدمات الغير مغطاه.
٥	• التشخيصات الغير مغطاه.
٦	• تغطيات بموافقة مسبقة.
٧	a. المستشفيات، العيادات الخاصة والعيادات الخارجية.
٨	b. التحاليل الطبية.
٨	c. الأشعة الطبية.
٩	d. الأدوية.
٩	e. الخدمات الأخرى.
٩	٤. الرقم التسلسلي للنماذج الطبية الخاصة بشركة الأهلي للخدمات الطبية (Claim Form Serial).
١٠	٥. النظام الالكتروني Nice Deer Online System.
١٢-١١	٦. الأوراق المطلوبة لتقديم المطالبات.
١٣	٧. التصميم (V.3) الخاص بنموذج العناية الطبية.
١٥-١٤	٨. الروشنة الالكترونية E-claim.
١٦	٩. ملاحظات هامة.
١٦	١٠. كيفية التواصل معنا.

أولاً: إجراءات تقديم الخدمة الطبية :

- يحق لكل حامل بطاقة التعريف الخاصة بشركة الأهلي للخدمات الطبية الحصول على الخدمات الطبية لدي جميع مقدمي الخدمة المتعاقدين في الشبكة الطبية للشركة وفقاً لتعليمات التشغيل المذكورة على بطاقة التعريف. وذلك بعد التأكد من الآتي:
- A. شخصية حامل البطاقة من خلال مراجعة أصل البطاقة الطبية أو البطاقة الإلكترونية وذلك من خلال تطبيق الهاتف الخاص بعملاء شركة الأهلي للخدمات الطبية.
- B. تاريخ الصلاحية المدون على البطاقة وكذلك التعليمات المدونة على البطاقة الطبية والموافقة من حيث الخدمات المغطاة ونسب التحمل والحدود القصوى.
- C. في حالات الإقامة بالمستشفيات يتم الالتزام بالتصنيف المدرج لكل مريض كما هو مذكور على البطاقة الطبية.
- D. يلزم الحصول على موافقة سريعة في حالة تقديم خدمات غير منصوص عليها في قائمة الأسعار الملحقة بالعقد المبرم مع مقدم الخدمة الطبية.
- E. في حالة عدم وجود كارنيه/ بطاقة الكترونية، يتم اصدار موافقة مسبقة مدون بها بدون أصل الكارنيه مع ضرورة ارفاق صورة البطاقة الشخصية. مع التأكد من تاريخ صلاحيتها.
- يتم احتساب قيمة التحمل بعد تطبيق نسبة الخصم المتفق عليها.
- في الحالات الحرجة والمزمنة (يلزم الحصول على موافقة مسبقة في حالة توضيح ذلك على بطاقة التعريف الطبية للمريض) ،ماعدا حالات الطوارئ حيث يتم تقديم الخدمة فوراً بموجب بطاقة التعريف الطبية ثم الحصول على الموافقة في خلال اول يوم عمل:

<p>الامراض المزمنة (وهي الحالات التي لا يمكن الشفاء منها تماماً او يستلزم علاجها فترة تزيد عن ثلاثة أشهر) وعلى سبيل المثال وليس الحصر:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. السكري. 2. ارتفاع ضغط الدم. 3. الجلوكوما. 4. الفشل الكلوي المزمن. 5. الالتهاب الكبدى الفيروسي C،B . 6. القصور فى عضلة القلب. 7. الارتجاج المريئى. 8. الانسداد الرئوي المزمن (COPD). 9. القولون العصبي. 10. التهاب المفاصل الروماتويدي. 11. الأمراض المناعية. 12. الفشل الكبدى (فى ماعدا دخول المستشفى). 	<p>الامراض الحرجة (الحالات التي تهدد حياة المريض في حالة عدم اتخاذ إجراء طبي) وتشمل:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. جراحات القلب. 2. الذبحات الصدرية. 3. حالات توقف القلب . 4. الحالات التي تحتاج القساطر التشخيصية والتداخلية أو الأشعة المقطعية على الشرايين التاجية أو منظمات القلب الدائمة 5. الغسيل الكلوي ايا كان سببه. 6. الفشل الكبدى ايا كان سببه (دخول المستشفى فقط). 7. حالات زراعة الأعضاء وما يتبعها. 8. حالات الاورام الخبيثة وما يتبعها. 9. حالات الاورام التي لم يحدد طبيعتها حتى يتم تشخيصها. 10. السكتة الدماغية/ جلطة المخ. 11. نزيف المخ. 12. حالات التنفس الصناعي ايا كان سببه.
--	---

توقيع مقدم الخدمة:

ثانياً: قائمة الاستثناءات :

A. الخدمات الغير مغطاة:

١. العلاج التجميلي (مستحضرات التجميل والمرطبات وكريمات تفتيح البشرة وكذلك مستحضرات الوقاية من أشعة الشمس).
٢. وسائل تنظيم وتحديد النسل.
٣. فحص ما قبل الزواج.
٤. جميع تكاليف الخدمات المساعدة المصاحبة للحالات المرضية على سبيل المثال وليس الحصر (التليفون، الكافيتريا، الجرائد، المجلات... الخ).
٥. **فحوصات وعلاج الامراض الناتجة عن مرض نقص المناعة " الايدز "**
٦. تكلفة الحصول على الاعضاء التي يفرضها الشخص المتبرع بالعضو.
٧. اي نفقات ناشئة عن العلاج في عيادات ومراكز الاستشفاء، منتجعات المياه الحارة، المصحات الكهرومغناطيسية او أي مكان مشابه حتى لو كان مسجلاً تحت اسم المستشفى.
٨. نفقات العلاج الخاصة بالأمراض والاصابات الناتجة عن تجنيد المؤمن عليه او صلته بأي هيئة عسكرية واصابته كنتيجة مباشرة او غير مباشرة لأي اعمال عسكرية بما في ذلك التدريب العسكري، والحروب سواء كانت داخلية او خارجية معلنة او غير معلنة.
٩. نفقات العلاج الخاصة بالمنتجات التجميلية والطب البديل والعلاج بالأعشاب الطبية والعلاج بدون استشارة طبية او العلاج بواسطة طبيب غير مصرح له او بواسطة أحد افراد العائلة.
١٠. نقل المؤمن عليه إذا لم يكن بواسطة خدمة سيارات الاسعاف محلية مرخصة.
١١. التلقيح ضد الامراض والفحوصات لأجل التوظيف او السفر.
١٢. العلاجات الوقائية لأمراض حساسية بالتطعيمات والأمصال.
١٣. المحاليل الخاصة بالعدسات اللاصقة.
١٤. علاج الصلع الوراثي والمشيبي ومستلزمات الاطفال ومستحضرات تبيض البشرة والأدوية غير المثبت فعاليتها علمياً.

B. التشخيصات الغير مغطاة:

١. السمنة
٢. النحافة
٣. العقم
٤. العجز الجنسي.
٥. الإجهاض الغير قانوني.
٦. الطهارة والختان.
٧. الأمراض والإصابات الناتجة من إيذاء النفس مثل:
 - محاولة الانتحار.
 - ممارسة الرياضات الخطرة.
 - المشاجرات.
 - الإدمان.
 - الممارسات الجنسية الغير شرعية.

نوقيع مقدم الخدمة:

C. تغطيات بموافقة مسبقة :

١. فحوصات وعلاج الأمراض الوراثية والعيوب الخلقية.
٢. الأمراض المناعية (الذئبة الحمراء، الروماتويد، البهاق، الصدفية، التصلب المتناثر.....)
٣. استشارات او جلسات أو ادوية لعلاج الأمراض النفسية والعقلية.
٤. زراعة الأعضاء والأثار الجانبية المترتبة على عملية الزرع.
٥. نفقات العلاج الخاصة بتصحيح العيوب البصرية.
٦. الإقامة الخاصة بمرافقى المريض.
٧. التطعيمات والفحوصات الطبية الوقائية او العادية والأدوية والعقاقير الوقائية.
٨. العلاج لدى الخبراء الأجانب والزائرين.
٩. الأدوية غير المسعرة بواسطة وزارة الصحة المصرية.
١٠. علاج تساقط الشعر والمكملات الغذائية.
١١. حب الشباب.
١٢. المستلزمات والأدوات الطبية المساعدة من دعامات للرقبة والكوع والرسغ والركبة والكاحل.
١٣. أدوية زيادة الحيوية والنشاط والفيتامينات الموصوفة لضرورة طبيه لعلاج حالات السكر والانيميا وغيره.
١٤. اضطرابات الهرمونات ما حول سن اليأس والعلاجات التعويضية بعد انقطاع الطمث.
١٥. الإصابات والأمراض الناجمة عن الكوارث الطبيعية كالأوبئة والفيضانات والزلازل.
١٦. اجهزة قياس الضغط وأجهزة قياس السكر وأجهزة الاستنشاق ومستلزماتها.

توقيع مقدم الخدمة:

الأهلى للخدمات الطبية
AL AHLY MEDICAL COMPANY

صحة أهل مصر

ثالثاً: تعليمات خاصة :

A. المستشفيات، العيادات الخاصة والعيادات الخارجية :

● ضرورة الالتزام بكتابة التالي على نموذج العناية الطبية عند تقديم الخدمة للمريض:

- A. البيانات الخاصة بالمريض.
- B. كتابة تشخيص الحالة المرضية المرتبط بالأدوية والفحوصات المطلوبة.
- C. تاريخ الخدمة وتوضيح الخدمات المؤداة للمريض.
- D. الختم الخاص بمقدم الخدمة وإمضاء الطبيب (وفي حالة تلقي الخدمة داخل المستشفى، يجب ختم النموذج بالختم الخاص بالمستشفى وليس ختم الطبيب المعالج).

● الإجراءات التي تحتاج الى موافقة مسبقة:

١. الإجراءات التداخلية او الجراحية التي تتم داخل العيادة أو مجمع العيادات تحت مخدر عام تحتاج الى موافقة مسبقة.
٢. المناظير ومقياس السمع.
٣. جميع حالات الإقامة شاملة حالات الإقامة النهارية تحتاج إلى موافقة مسبقة.
٤. جميع خدمات الاسنان داخل المستشفيات عدا الكشف تحتاج الى موافقة طبية بغض النظر عن البطاقة الطبية.
٥. كشف الحمل وخدمات متابعة الحمل مالم تنص البطاقة التعريفية للمريض على غير ذلك.
٦. الموجات فوق صوتية للعينين وقياس قوة العدسة.
٧. جميع الإجراءات التي تستلزم جلسات علاجية حتى لو احتاج المريض الى جلسة واحدة.

● الإجراءات التي لا تحتاج الى موافقة مسبقة:

١. الإجراءات التداخلية او الجراحية التي تتم داخل العيادات الخارجية وتتم تحت مخدر موضعي.
٢. إزالة الأكياس الدهنية.
٣. فتح خراج.
٤. الغرز وفكها.
٥. زفر غائر باللحم.
٦. فحص قاع العين وقياس ضغط العين.
٧. الجبس المحلي.
٨. ضغط الأذن.
٩. غسيل وتشفيط الأذن.
١٠. إزالة الأجسام الغريبة بالجسم.
١١. جلسات البخار نوبوليزر وجلسات الغيار.

● ملاحظات خاصة :

١. من حق المريض الاستفادة بأكثر من كشف واحد بحد أقصى كاشفين في اليوم لتخصصين مختلفين (لا تشمل كشف الطوارئ) وأكثر من ذلك يتطلب موافقة.
٢. يتم تقديم الخدمة من خلال البطاقة الطبية للمريض مع ضرورة توضيح كافة الإجراءات او الفحوصات والتحليل المطلوبة على نموذج العناية الطبية المخصصة للخدمة وذلك طبقاً للتعليمات المذكورة على البطاقة الطبية الخاصة بالعميل وكذلك اجراءات تشغيل شركة الأهلي للخدمات الطبية.
٣. متابعة الكشف الاستشارة (تكون مجانية حسب شروط التعاقد): وتتم الاستشارة خلال سبع ايام من تاريخ الكشف الاصيلي (لنفس التخصص) ويتم التوضيح على نموذج العناية الطبية ما لم ينص العقد على غير ذلك.
٤. يتم تغطية الكشف الخاص بتشخيص الكورونا (اشبهه أو مؤكد) مع الالتزام بالحصول على موافقات طبية مسبقة للفحوصات الطبية (التحاليل والأشعة).
٥. في حالة طلب أجر الإشراف الطبي أو طلب أجر الجراح منفصلاً عن فاتورة المستشفى يجب الحصول على موافقة منفصلة وموجهة للطبيب مع تقديم الطلب من الطبيب علي الروشنة الخاصة به طبقاً لأسعار التعاقد.
٦. يتم الالتزام بكتابة وصفة دواء طبية واحدة لكل كشف ولا يتم تجزئة الوصفة على أكثر من نموذج.
٧. يجب تحديد تخصص الطبيب ببيان المطالبة.
٨. يجب تحديد الدرجة العلمية للطبيب ببيان المطالبة وإلا سيتم المحاسبة على أقل سعر للكشف.

● خدمات الطوارئ :

١. يتم تقديم الخدمة فوراً بموجب بطاقة التعريف الطبية والحصول على الموافقة في خلال اول يوم عمل إذا كانت خدمات الطوارئ تستدعي موافقة مسبقة وفقاً لبطاقة التعريف الخاصه بالمريض وكذلك اجراءات تشغيل شركة الأهلي للخدمات الطبية مع ضرورة إرسال التقرير الطبي في خلال أول يوم عمل.
٢. جميع خدمات الطوارئ تقدم بنموذج العناية الطبية الخاص بها موضح بها الإجراءات المطلوبة مع إرفاق تقرير مفصل بالحالة ويجب ان يوضح التقرير الطبي أن الحالة طارئة.

توقيع مقدم الخدمة:

B. التحاليل الطبية :

- قد تحتاج جميع أنواع التحاليل إلى موافقة مسبقة ويتم توضيح ذلك على بطاقة التعريف الطبية للمريض.
- (جميع أنواع التحاليل في حالات الأمراض الحرجة والأمراض المزمنة تحتاج الى موافقة مسبقة) في حالة توضيح ذلك على بطاقة التعريف الطبية للمريض (كما تم توضيحه مسبقاً).
- التحاليل التي تحتاج موافقة مسبقة :
 ١. الهرمونات ماعدا تحاليل: (Free T4 & TSH, Free T3, T4, T3, PTH)
 ٢. الجينات
 ٣. الفيروسات ماعدا تحاليل: (HAV Ab, HCV Ab, HBE Ag, HBC Ab, HBS Ag)
 ٤. PCR
 ٥. فحوصات التعرف على الإيدز.
 ٦. تحاليل جهاز المناعة ماعدا تحاليل (Brucella, Widal, CRP, ASO Titer)
 ٧. دلالات الأورام
 ٨. Anti CCP
 ٩. تحاليل الأدوية والسموم بالدم والفيتامينات والأجسام المضادة، ماعدا تحاليل: (H. Pylori Ag in stool) و (H. Pylori Ab in blood)
 ١٠. Fibro & Acti test
 ١١. Bone Marrow Examination
 ١٢. Biopsy & Pathology
 ١٣. C-Peptide
 ١٤. Catecholamines Levels

C. الأشعة الطبية :

- قد تحتاج جميع أنواع الأشعة إلى موافقة مسبقة ويتم توضيح ذلك على بطاقة التعريف الطبية للمريض.
- جميع الأشعة تحتاج الى موافقة مسبقة فيما عدا التالي:
 ١. الأشعة العادية، أشعة الباريوم، الأشعة العادية بالصبغة على الجهاز البولي (بعد أقصى امبول واحد للصبغة).
 ٢. رسم القلب العادي، رسم القلب بالمجهود، رسم القلب ٢٤ ساعة (هولتر).
 ٣. موجات فوق الصوتية (بطن-حوض-مهبل-شرجي-غدة درقية-المفاصل-الأنسجة).
 ٤. جميع الأشعة المقطعية بدون صبغة لاتحتاج الى موافقة مسبقة ويتم اعتماد الأشعة المقطعية العادية كأشعة مقطعية متعددة المقاطع وذلك في حالة عدم توافرها في المركز.
 ٥. الأشعة المقطعية باستخدام الصبغة بحد أقصى امبول واحد فقط (ومايزيد عنه يلزم الحصول على موافقة مسبقة).
 ٦. الأشعة الحلزونية.
 ٧. موجات صوتية على القلب (Transthoracic ECHO)
 ٨. الدوبلكس.
 ٩. رسم العصب و العضلات.

توقيع مقدم الخدمة:

D. خدمات الأدوية :

- **خدمات الأدوية التي تحتاج الى موافقة مسبقة:**
 - A. العلاج الذي يتعدى قيمة ما هو مدون على بطاقة التعريف الطبية للمريض بحيث تكون هذه القيمة قيل الخصم والتحمل وفقا لأسعار الجمهور المعلنة مع الالتزام بالحد الأقصى المدون على البطاقة الطبية للعميل وفي حالة تعدى العلاج الموصوف بالروشتات هذا الحد سيتم خصمها بالكامل حتى إذا تكفل العميل بدفع الفرق او طالب بتقليل الكمية المطلوبة.
 - B. المستلزمات الطبية الخاصة بالعميل مثل (الجوارب والأحذية الطبية وحزام البطن وساندات الفقرات ،.....)
 - C. جميع الأدوية الموصوفة في الروشنة المتعلقة بالأسنان مالم تنص بطاقة التعريف على ذلك.
 - D. جميع الأدوية الموصوفة في الروشنة المتعلقة بالحمل ومتابعته مالم تنص بطاقة التعريف على ذلك.
 - E. الكمية الزائدة عن علاج شهر.
- **الأدوية التي تحتاج الى موافقة مسبقة:**
 - A. جميع أدوية الهرمونات ماعدا عقار الثيروكسين والمحلي والانسولين.
 - B. أدوية العلاج الكيميائي وأدوية الأمراض النفسية وأدوية المناعة.
 - C. الكالسيوم ومكملات الكالسيوم وجميع الفيتامينات والمعادن والمكملات ماعدا فيتامين ب في حالات مرض السكري والأنيميا وأمراض العظام والأعصاب فقط.
 - D. الأدوية الخاصة بحالات حب الشباب، الصلع وسقوط الشعر، الأمراض الوراثية، العيوب الخلقية والأمراض النفسية والحالات التي لاتصنف كأضرار مثل إنمساخ القدم.
 - E. الغسول المهلبي.

ملاحظات:

1. يصرف البديل بنفس المادة الفعالة والكمية المطلوبة على ألا يتعدى سعر الكمية الموصوفة.
2. في حالة عدم تحديد التركيز للدواء بالروشنة يتم صرف أقل تركيز.
3. في حالة عدم تحديد الكميات الموصوفة بالروشنة يتم صرف علبة على ألا تتعدى جرعها عن 14 أيام.
4. لا يتم صرف المحاليل وجميع المستلزمات الطبية (سرنجات، كانيولا، شاش) إلا بموافقة مسبقة.
5. لا يتم صرف روشتات الأدوية بشكل مجمع.

E. الخدمات الأخرى:

1. **خدمات العلاج الطبيعي وجلسات الغسيل الكلوي :**
 - جميع جلسات العلاج الطبيعي أو جلسات الغسيل الكلوي تحتاج الى موافقة مسبقة.
 - في حالة عدم التعاقد على جلسة علاج طبيعي شاملة في لائحة الأسعار المتفق عليها يتم الالتزام بإجراء عدد ثلاثة أنواع فقط كحد أقصى لكل جلسة مالم تنص الموافقة على غير ذلك.
 - **يجب الالتزام بصلاحيه الموافقة الصادرة من شركة الأهلي للخدمات الطبية، على ان يتم تقديم اول جلسة خلال فترة الصلاحية.**
 - تقدم المطالبات الخاصة بجلسات العلاج الطبيعي والغسيل الكلوي مجمعة ومستوفيه جميع الأوراق ويفضل تقديمها بمطالبة منفصلة.
2. **خدمات النظارات الطبية :**
 - النظارات تحتاج الى موافقة طبية. **(يجب أن يكون تاريخ الموافقة قبل تاريخ أداء الخدمة الطبية).**
3. **خدمات الأجهزة التعويضية والسمعية :**
 - جميع الأجهزة التعويضية والسمعية تحتاج إلى موافقة مسبقة مع تحديد نوع وسعر الجهاز في حالة طلب موافقة وبصرف النوع المحلي مالم يتم تحديد المستورد بالموافقة.

رابعاً : الرقم التسلسلي للنماذج الطبية الخاصة بشركة الأهلي للخدمات الطبية (C.F. Serial)

- يجب التأكد من تطابق الرقم التسلسلي الخاص بنموذج العناية الطبية مع الرقم التسلسلي الصادر على الموافقة الطبية (إذا تم ذكره على الموافقة).
- عند تسجيل الموافقة من خلال Nice Deer Online System يلزم التأكد من ادخال الرقم التسلسلي لنموذج العناية الطبية بشكل صحيح.
- في حالة وجود تغييرات عن ما تم ذكره مسبقاً يتم التواصل مع رقم خدمة العملاء المدرج خلف البطاقة الطبية.

توقيع مقدم الخدمة:

خامساً : النظام الإلكتروني Nice Deer Online System:

- تعتبر موافقة Nice Deer على أي إجراء مقدم كموافقة طبية من شركة الأهلى للخدمات الطبية مع اتباع كافة إجراءات التشغيل الخاصة بالشركة.
- في حالة وجود نموذج العناية الطبية الخاص بشركة الأهلى للخدمات الطبية يتم إتباع الآتى:
 1. إدخال رقم المسلسل الخاص بنموذج العناية الطبية كاملاً متضمن الحرف الموضح باللغة الإنجليزية إن وجد، مثل: (H0274775).
 2. التأكد من تطابق اسم مقدم الخدمة المختوم على النموذج مع الاسم الموضح على نظام ال Nice Deer.
 3. إدخال تاريخ الكشف الموضح بالنموذج وإدراجه بال (Examination Date).
 4. اختيار نوع الخدمة طبقاً للتشخيص المذكور بالنموذج (Acute-Chronic-Maternity-Dental).
- يتم صرف العلاج الشهري عن طريق إدخال رقم البطاقة الطبية الخاصة بالعمل، ويتم إرفاق أصل التوصية الطبية ونموذج العناية في حالة عدم استثناءهم من الملاحظات الخاصة بالموافقة وذلك وفقاً لإجراءات التشغيل الخاصة بشركة الأهلى الطبية.
- في حالة وجود أصل التوصية الطبية فقط بدون وجود نموذج العناية الطبية يتم الضغط علي Create دون إضافة الرقم المسلسل الخاص بالنموذج، مع العلم أن سيتم تعليق صرف الأدوية تلقائياً للحصول علي موافقة مسبقة.
- في حال طلب تغيير سعر اي خدمة، إجراء، أو دواء، يجب تقديم طلب تغيير السعر من خلال Nice Deer Online system قبل إتمام عملية الصرف، مع توضيح اسم المنتج أو إرفاق صورته في حالة طلب تغيير سعر المستلزمات الطبية.
- **تسليم المطالبات :** برجاء التأكيد على إرفاق المستندات المذكورة أدناه عند تقديم المطالبات الخاصة ب Nice deer Online System وفقاً لإجراءات التشغيل الخاصة بشركة الأهلى للخدمات الطبية :
 1. كشف المطالبة المجمع الأصلي مختوم ختم الأصل (Cover Letter) ويتم إصداره من خلال Nice Deer Online System
 2. البيان التفصيلي مختوم (Batch Statement) ويتم إصداره من خلال Nice Deer Online System، كما يتم إرسال نسخة الكترونية (Excel Sheet) على الإيميلات الآتية: (Provider.support@ahlymedical.com) و (Claims.archiving@ahlymedical.com)
 3. فاتورة تفصيلية مقدمة لكل خدمة مختومة ختم أصل خاص بمقدم الخدمة في حالة صرف الأدوية أو النظارات الطبية.
 4. يتم الصرف وفقاً للملاحظة المذكورة في الموافقة الخاصة ب Nice Deer .
 5. يتم ترتيب الفواتير الخاصة بالمطالبات وفقاً لترتيب البيان التفصيلي.
 6. يتم إرفاق أصل التوصية الطبية ونموذج العناية الطبية في حالة عدم استثناءهم من الملاحظات الخاصة بالموافقة.
- يتم تقديم الأوراق الخاصة بالصرف من خلال Nice Deer Online System كمطالبة منفصلة بشكل شهري لشركة الاهلي للخدمات الطبية وذلك لتسهيل عملية المراجعة الطبية.
- في حالة تقديم إجراء غير متعاقد عليه، فإنه لا يتم تقديم الخدمة من خلال النظام الإلكتروني Nice Deer Online System ويتم الحصول على موافقة سريعة وتقديمها في مطالبة منفصلة لشركة الأهلى للخدمات الطبية.

AL AHLY MEDICAL COMPANY

توقيع مقدم الخدمة:

صحة أهل مصر

سادساً: الأوراق المطلوبة لتقديم المطالبات:

- برجاء التأكيد على إرفاق المستندات التالية عند تقديم المطالبات وفقاً لإجراءات التشغيل الخاصة بشركة الأهلى للخدمات الطبية:
 - كشف المطالبة المجمع الأصلي مختوم ختم الأصل (Cover Letter).
 - البيان التفصيلي مختوم (Batch Statement)، كما يتم إرسال نسخة إلكترونية (excel Sheet) على الإيميلات الاتية: (Provider.support@ahlymedical.com) و (Claims.archiving@ahlymedical.com) مع ذكر البيانات كما هو موضح بالشكل:

#	اسم المريض	رقم البطاقة الطبية	تاريخ الخدمة	نوع الخدمة	تخصص الطبيب	الإجمالي قبل الخصم و التحمل	الإجمالي بعد الخصم	نسبة التحمل	الصافي بعد الخصم والتحمل
---	------------	--------------------	--------------	------------	-------------	-----------------------------	--------------------	-------------	--------------------------

C. يفضل ترتيب الفواتير المقدمة طبقاً للبيان التفصيلي وذلك لتسهيل عملية مراجعة المطالبات الخاصة بسيادتكم.

D. المستندات المطلوبة لإستيفاء المطالبة بالخدمات

الإجراء	النموذج	الإجراءات المطلوبة	مستندات اخري	موافقة
الكشف	أبيض	✓		وفقاً للبطاقة الطبية
الأشعة	أحمر	✓		وفقاً للبطاقة الطبية
التحاليل	أصفر	✓		وفقاً للبطاقة الطبية
الأدوية	أزرق	✓	فاتورة	وفقاً للبطاقة الطبية
خدمات العيادات الخارجية	أخضر	✓		وفقاً للبطاقة الطبية
جلسات العلاج الطبيعي	أخضر	✓	أصل كارت المتابعة موقع ومختوم + عدد وانواع الجلسات	الموافقة الطبية
جلسات الغسيل الكلوى	أخضر	✓	أصل كارت المتابعة موقع ومختوم + عدد وانواع الجلسات	الموافقة الطبية
خدمت الأسنان	أخضر	✓		وفقاً للبطاقة الطبية
الأجهزة التعويضية والسمعيات	أخضر	✓	فاتورة مختومة	الموافقة الطبية
اتعاب الأطباء للعمليات فى العيادات الخاصة		✓	تقرير طبي مختوم	الموافقة الطبية
الإقامة الداخلية		✓	التقرير الطبي مختوم + الفاتورة	الموافقة الطبية
الداخلي		✓	التقرير الطبي مختوم + الفاتورة + بيان تفصيلي لجميع الخدمات	الموافقة الطبية
القساطر الداخلية		✓	التقرير الطبي مختوم + الفاتورة + Sticker + CD	الموافقة الطبية
البصريات (النظارات)	أخضر	✓	كشف النظر (مختوم بنفس ختم النموذج) + فاتورة	وفقاً للبطاقة الطبية

توقيع مقدم الخدمة:

- يلزم كتابة كافة البيانات (اسم المريض- الامضاء-تاريخ وعدد الجلسات و الختم الخاص بمقدم الخدمة) في كارت المتابعة الخاص بجلسات العلاج الطبيعي والغسيل الكلوي.
- يلزم كتابة التشخيص الطبي -اسم المريض بالكامل ورقم البطاقة الطبية الخاصة به -تاريخ الكشف -امضاء المريض -ختم مقدمة الخدمة على نموذج العناية الطبية.
- يتم الاكتفاء بنموذج العناية الطبية كبديل لأصل التوصية الطبية في حالة استلام التصميم الأخير V3.0 (كما موضح بمرفق 1) أو V2.0 من نموذج العناية الطبية بشرط توضيح جميع الاجراءات الطبية المطلوبة أو الأدوية الموصوفة علي نموذج العناية الطبية ومستوفي جميع البيانات المطلوبة (كما موضح أعلاه) .
- يجب ارفاق الفاتورة الالكترونية الخاصة بكل مطالبة يتم تقديمها لشركة الأهلي للخدمات الطبية و ذلك بناءً على تعليمات مصلحة الضرائب المصرية.
- أي إجراءات تحتاج الى موافقة مسبقة طبقاً لإجراءات التشغيل تستلزم ارسال موافقة في المطالبة او رقم الموافقة التليفونية.
- عند تقديم المطالبات الخاصة بالأسنان، يرجى توضيح التاريخ الفعلي لأداء الخدمات على البيان التفصيلي و ليس تاريخ الموافقة الصادرة.
- في حالة إرسال المطالبات الخاصة بالمستشفيات وبها عدد من حالات القسم الداخلي، يرجى توضيح ذلك في الخطاب النهائي للمطالبة. كما يفضل تقديم الفواتير الخاصة بالقسم الداخلي في مطالبة منفصلة وذلك لتسهيل عملية مراجعة المطالبات.
- عند تقديم المطالبة الخاصة بالقسم الداخلي للمستشفيات، يجب مراعاة الآتي:
 - يتم توضيح درجة اقامة المريض و كذلك تصنيف العملية في الفاتورة أو التقرير الطبي.
 - في حالة مرور استشاري، يجب ذكر التخصص.
 - في حالة إجراء أكثر من عملية جراحية، يجب أن يتم كتابة التصنيف المطلوب لكل عملية في الفاتورة.
 - في حالة تعدي الحد الأقصى للبنود المنصوص عليها في الصفقات الشاملة (باكديج)، يتم إرسال بيان تفصيلي بجميع الخدمات المقدمة.

الأهلي للخدمات الطبية

توقيع مقدم الخدمة:

AL AHLY MEDICAL COMPANY

صحة أهل مصر

سابعاً: التصميم (V.3) الخاص بنموذج العناية الطبية:-

مرفق ١ - برجاء استيفاء جميع البيانات المطلوبة التالية (*) على نموذج العناية الطبية حتى يتسنى لنا دفع المطالبة.



AMC Claim Form
نموذج مطالبة العناية الطبية
بشركة الأهلي للخدمات الطبية



صحة أهل مصر

الرقم المسلسل

* برجاء إختيار التشخيص و تظليل المربع في المكان المخصص أمامه		اسم مقدم الخدمة	
* اسم المستفيد		اسم مقدم الخدمة	
* رقم البطاقة الطبية		رقم البطاقة الطبية	
* توقيع المريض		أفوض أنا شركة الأهلي للخدمات الطبية في الأطلاع والحصول على أي سجلات أو ملفات طبية خاصة بي قديمة كانت أو حديثة.	
* تاريخ الكشف		تاريخ الكشف <input type="checkbox"/> استشارة <input type="checkbox"/> كشف جديد <input type="checkbox"/> / /	
* صلاحية هذا النموذج ١٥ يوم من تاريخ الكشف		* صلاحية هذا النموذج ١٥ يوم من تاريخ الكشف	
Prescribed Medications الأدوية الموصوفة		الأدوية الموصوفة	
Medication Name اسم الدواء		Times	Per day / week
Treatment period			
Requested Medical Procedures الإجراءات الطبية المطلوبة		الإجراءات الطبية المطلوبة	
Diagnosis التشخيص		التشخيص	

النموذج الطبية تعد مسئولية مقدم الخدمة ولا يجوز فقدها أو تعديلها عند مقدم خدمة آخر

Doctor Certification : I hereby certify that all information Mentioned are correct & the attached Medical services indicated are necessary For the management of this case.

* توقيع الطبيب والختم :

يجب استيفاء جميع البيانات الموضحة بالعلامة التالية (*) حتى يتسنى لنا دفع المطالبة

(نسخة الطبيب)

v3.0

توقيع مقدم الخدمة :

ثامناً: الروشنة الالكترونية E-claim

➤ تقديم الخدمة الطبية:

١. بالنسبة للمستشفيات المُفعلة على نظام الروشنة الإلكترونية:
 - عند تسجيل الكشف على النظام الإلكتروني: يجب التأكد من اختيار تخصص الطبيب حسب حالة العميل و الدرجة العلمية للطبيب وتحديد تاريخ الكشف وادخال رقم تليفون العميل.
 - قبل عمل scanning للروشنة الالكترونية، يجب التأكد من استيفاء جميع الشروط التالي ذكرها على الروشنة: (وفي حالة عدم وجود أي منها، يرجى الطلب من المستفيد الرجوع الي الطبيب حتى يتم استكمال البيانات وذلك قبل عمل Scan)
 - ١-التشخيص الطبي.
 - ٢-توقيع العميل.
 - ٣-الإجراءات الطبية المطلوبة والأدوية الموصوفة (حسب حالة المستفيد).
 - ٤-ختم/توقيع الطبيب المعالج.
 - ٥-ختم المستشفى.
 - يجب عمل Scan لجميع الروشنتات الالكترونية على النظام الإلكتروني Nice Deer Online System.
 - بعد عمل scan للروشنة الالكترونية، سيتم تحديد جميع انواع الخدمات تلقائياً (Lab, Rad, Medication,...)
 - يمكن تسليم صورة من الروشنة الإلكترونية للمستفيد وذلك في حالة الطلب.
٢. بالنسبة للمعامل ومراكز الاشعة والصيدليات:
 - نرجو من سيادتكم اتباع الخطوات التالية لتقديم الخدمة الطبية من خلال Nice Deer Online System (وذلك بعد التأكد من استيفاء جميع البيانات على الروشنة الالكترونية):
 - الدخول إلى التطبيق من خلال الرابط: www.nicedeer.net
 - اختيار شركة الأهلي للخدمات الطبية ثم ادخال رقم البطاقة الطبية.
 - الضغط على رقم الموافقة.
 - مراجعة صورة الملحق الموجود في الموافقة وطباعته وختمه بختم مقدم الخدمة. (مرفق لسيادتكم صورة للملحق – مرفق ٢).
 - مراجعة التعليمات الموجودة في Special instruction.
 - ادخال نوع الخدمة (Benefit Type) طبقاً للتشخيص المذكور بنموذج العناية الطبية (Acute–Chronic–Maternity–Dental)
 - يتم الضغط علي علامة Plus لإضافة الإجراءات ثم إدخال التشخيص الطبي وفقاً لما هو مذكور بالملحق.
 - يتم إضافة إجراء ثم الضغط على Add لإتمام العملية.
 - ثم اختيار إحدى الخيارين Dispense أو Request approval وذلك طبقاً لإجراءات التشغيل الخاصة بشركة الأهلي للخدمات الطبية وطبقاً للتعليمات المذكورة على البطاقة الطبية لكل عميل.

➤ تقديم المطالبات:

- عند تقديم مطالبات الروشنة الإلكترونية E-claim الخاصة بشركة الأهلي للخدمات الطبية يجب مراعاة التالي:
 - a. **خدمات الكشف:** يجب تقديم أصل الروشنة الالكترونية مختومة بختم المستشفى وموقعة من طرف العميل.
 - b. **خدمات التحاليل والاشعة:** يجب تقديم نسخة من الروشنة الإلكترونية مختومة بختم المعمل/المركز + الفاتورة الخاصة بالنظام الإلكتروني Nice Deer Online System.
 - c. **خدمات الأدوية:** يجب تقديم نسخة من الروشنة الالكترونية مختومة بختم الصيدلية + الفاتورة الخاصة بالنظام الإلكتروني Nice Deer Online System + فاتورة تفصيلية مقدمة لكل خدمة مختومة ختم أصل.
- يجب تقديم الفواتير الخاصة بالتحاليل و الاشعة **كمطالبة منفصلة** مقدمة من خلال النظام الإلكتروني Nice Deer Online System حيث يجب إرفاق كشف المطالبة المجمع الأصلي مختوم ختم الأصل (Cover Letter) والبيان التفصيلي مختوم (Batch Statement) ويتم إصدارهم من خلال النظام الإلكتروني وذلك وفقاً لإجراءات التشغيل الخاصة بشركة الأهلي للخدمات الطبية.
- في حالة وجود أي من الإجراءات التالية على الروشنة الإلكترونية: خدمات اسنان، علاج طبيعي، او خدمات بصريات: يرجى تقديم نسخة من الروشنة الإلكترونية للمستفيد. علماً بأن الحصول على موافقة طبية لهذه الإجراءات يكون من خلال ارسال طلب على البريد الإلكتروني المدون خلف البطاقة الطبية.
- عند تقديم أي من الخدمات السابق ذكرها (خدمات اسنان، علاج طبيعي، او خدمات بصريات)، يرجى الالتزام بالتعليمات المذكورة في الموافقة التي تم إصدارها من طرف شركة الأهلي للخدمات الطبية.

مرفق ٢ - برجاء التأكد من وجود جميع البيانات الموضحة على النموذج الالكتروني قبل تقديم الخدمة الطبية حتى يتسنى لنا دفع المطالبة.



Amc E- Claim Form
نموذج مطالبة العيادة الطبية الخاص
بشركة الاهلي للخدمات الطبية
رقم المسلسل P



اسم مقدم الخدمة:	رقم البطاقة:
اسم المستفيد:	05/08/2023
تاريخ الميلاد:	تاريخ الكشف:

التشخيص:
Diagnosis :

صلاحية هذا النموذج 15 يوم من تاريخ الكشف

Prescribed Medications الادوية الموصوفة	Requested Medical Procedure الاجراءات الطبية المطلوبة

Doctor Certifications : I hereby certify that all the information mentioned are correct & the attached Medical services indicated are necessary for the management of this case.

إني افوض شركة الاهلي للخدمات الطبية في الاطلاع والحصول علي اي سجلات او ملفات طبية خاصة بي قديمة كانت او حديثة.

توقيع و ختم الطبيب :

توقيع المريض:

This application was created using the trial version of the XtraReports.

توقيع مقدم الخدمة :

15

تاسعاً: ملاحظات هامة:

- يجب ان يكون تاريخ الموافقة قبل تاريخ أداء الخدمة الطبية مع العلم بأن صلاحية الموافقة ٧ أيام (ما لم يتم ذكر غير ذلك بملاحظات الموافقة الطبية) وصلاحية نموذج العناية الطبية ١٥ يوم فقط في حالة عدم وجود موافقة.
- يرجى الالتزام بإرسال تحديث بيانات فروع مقدمي الخدمة الطبية علي الإيميل التالي provider.support@ahlymedical.com .
- في حالة طلب الحصول على موافقة مسبقة يلزم الحصول على موافقة شاملة لجميع الفحوصات المذكورة بالروشتة الطبية دون استثناء.
- يلزم وجود تشخيص واضح للحالة المرضية على نموذج العناية الطبية عند تقديم الخدمة المطلوبة لعملاء شركة الأهلي للخدمات الطبية.
- في حالة تعثر الحصول على نسخة من الموافقة للخدمات التي تحتاج إلى موافقة مسبقة فيلزم الحصول على موافقة تليفونية ورقم خاص بها وذلك من خلال الإتصال على أرقام إدارة الموافقات الطبية المدونة على البطاقة الطبية للمريض.
- في حالة وجود أي تعديل أو شطب علي ختم الموافقة برجاء الاتصال بخدمة العملاء للتأكد من صحة الموافقة.
- يلزم وجود ختم الطبيب المعالج في حالة وجود أي تعديل أو اضافة في كميات أو تركيز الأدوية الموصوفة ويكون الختم موضعاً بالتعديل.
- في حالة وجود اختلاف أو في حالة وجود تعديل في الفاتورة أو نموذج العناية الطبية يلزم وجود ختم اضافي من قبل مقدم الخدمة.
- يلتزم مقدم الخدمة الطبية بإجراءات التشغيل وبنود العقد، وفي حالة إثبات مقدم الخدمة بأي مخالفة لما هو متفق عليه يحق لشركة الأهلي للخدمات الطبية بالإرادة المنفردة تطبيق الخصم المناسب على مستحقات مقدم الخدمة لدى الشركة.
- سيتم خصم الفواتير التي تم تقديمها بعد ٩٠ يوماً من تاريخ أداء الخدمة الطبية ولا يتم المطالبة بها في مطالبة الإسترداد وفقاً للعقد المبرم بين طرفكم وشركة الأهلي للخدمات الطبية.
- للاعتراض على أي خصم يجب مراجعة الشركة في مدة أقصاها ١٥ يوماً من تاريخ استلام الشيك ويتم التواصل بالارسال على ايميل resubmission@ahlymedical.com موضعاً به رقم المطالبة و تفاصيل الفواتير المراد مراجعتها.
- للإطلاع على التحديثات التي يتم تطبيقها على إجراءات التشغيل الخاصة بشركة الأهلي للخدمات الطبية، يمكنكم زيارة موقعنا الإلكتروني www.ahlymedical.com

عاشراً: كيفية التواصل معنا:

AL AHLY MEDICAL COMPANY

١. للاستفسارات الخاصة ب:

A. إدارة الشبكة الطبية:

➤ تليفون: ٠٢-٣٣٤٠٥٥٥ (من الساعة ٨ صباحاً حتى ١٠ مساءً خلال أيام العمل)

➤ بريد الكتروني: provider.support@ahlymedical.com

➤ موقع: www.ahlymedical.com

B. خدمة العملاء:

➤ تليفون: خلف البطاقة الطبية

توقيع مقدم الخدمة :