

115918803

3

  
وزارة الصحة  
Ministry of Health



المملكة العربية السعودية  
وزارة الصحة  
سديرة الشئون الصحية بمنطقة حائل  
مستشفى الملك خالد بحائل

فاتورة آجلة  
CREDIT INVOIC

Date :18/06/2018

Insurance Company : بوبا للتأمين التعاوني

Policy No: 15572727

File No: 565842

Patient Name: Mohammed Akbar

ID CARD : 2336018755

Code الرمز	Service Decription وصف الخدمة	Qty الكمية	Unit Price سعر الوحدة	Gross المجموع	Deductible تحمل المريض	Net Payable الصافي
62670	OPEN RED. I.F. COMMUNITED OR MAL-UNITED FRACTURES	1	1	13500	0	13500
Total				13500	0	13500

مدير الموارد الذاتية  
خالد جمود الحماد

محاسب الضمان الصحي  
عبدالرحمن المشعل بن عبد الشمري

طبيب الضمان الصحي  
د/ محمد رضوان

فني المطالبات  
غالب المطالي



رقم الجوال

# 0502794398

KINGDOM OF SAUDI ARABIA  
MINISTRY OF INTERIOR  
RESIDENT IDENTITY  
MUHAMMAD AKBAR MUHAMMAD ISHAQ  
محمد اكر محمد ايشاق  
الرقم ٢٣٣٦٠١٨٧٥٥  
مكة المنارة جلال  
الانتماء ١٤٤٦/٠٤/١٨  
الهند باكستاني  
الهيئة الاعلام  
٢٣٣٦٠١٨٧٥٥

U

Abdullah Alzugdi and Partners Co  
Name: Muhammad Akbar Muhammad Ishaq Policy No: 451289001  
Membership No: 15572727  
Scheme: Abdullah Alzugdi Co - Green Adv NW S  
Approval Limit SR 1000  
ID: 2336018755 Contribution: 20% O/P up to SR 100  
Issue No: 1 YOB: 1975 Exp: 29/11/18  
Policy Holder: Abdullah Alzugdi and Partners Co

# UCAF 1.1

To be Completed by Reception/Nurse:

Provider Name: KING KHALID HOSPITAL-HAIL-MOH

Insurance Co:

TPA Name:

Patient File No: 00565842 Visit Dept: orthopedic

Date of Visit: 14/6/2018 Visit type:  New Visit  Referral  Yes  No  
 Follow Up/Refill  No

Name: Muhammad Akbar Muhammad Ishaq  
 Membership No: 15572727 Policy No: 451289001  
 Scheme: Abdullah Alzugdi Co Green Adv  
 Approval Limit SR 1000 NW S  
 ID: 2336018755 Contribution: 20% O/P up to SR 100  
 Issue No: 1 YOB: 1975 Exp: 29/11/18  
 Policy Holder: Abdullah Alzugdi and Partners Co

To be Completed by Attending PHYSICIAN: (please tick / & fill where appropriate)

BP 116/70 Temp: 36.7 Duration of illness: one day

Out-patient  No

Chief Complaint & Main Symptoms:

43 y Male pt had RTA in the way to omra (Makkah) he had explosion of the Car Frame (Single Accident)

Significant Signs:

he referred to K.K. Hospital & Fracture both bone left forearm, fracture clavicle

Other Conditions:

Diagnosis: O R I F by plate & screw done to left humeral fracture

Principal Dx Code: 2nd Dx: 3rd Dx: 4th Dx:

Disease Type:  Chronic  Congenital  RTA  Work Related  Vaccination  Psychiatric

Check-Up  Infertility  Pregnancy / Indicate LMP  Other(s)

Suggestive lines of Management: kindly enumerate the recommended investigations and/or procedures for Outpatient approvals only:

Service Code	Service Description	Quantity	Service Unit	Service Cost
62670	O R I F			13500
				P/D

Is Case Management Form (CMF 1.0) included/attached?  Yes  No

Please specify possible line of management when applicable:

Estimated Length of Stay: Days

Expected Date of Admission:

I hereby certify that ALL information mentioned are correct & that the medical services shown on this form are medically indicated & necessary for the management of this case.  
 Physician's Signature

Physician's Stamp

I hereby certify that all statements & information provided concerning patient identification & the present illness or injury are TRUE

أقر بأن جميع المعلومات المذكورة أعلاه والمنقولة بهوية المريض والمعلومات المنقولة بالمرض أو الإصابة الحالية صحيحة

Name & Relationship (if guardian) Signature Date

Provider's Approval/Coding Staff must review/code the recommended service (s) & allocate cost and complete the following

Estimated Cost SR as estimated /Package Deal  
 Completed/Coded by: 18/6/2018 Signature: Date

For Insurance Company Use Only:

Approved  Partial Approval  Not Approved Approval No.: Approval Validity

Comments: (include approved days/services and/or Limit, if different from the requested)

Insurance Officer: Signature: Date: / /



Customer Service Tel No. 800 244 0307

Provider Name: اسم مزود الخدمة:	King Khalid Hospital - Hail - MOH	Insured Name: اسم المؤمن عليه:	MUHAMMAD AKBAR MUHAMMAD ISHAQ
Insurance Co: شركة التأمين:	Bupa Arabia بوبا العربية	Age: العمر:	43
Patient File No.: رقم ملف المريض:	00565842	Dept: القسم:	gen.
Provider Fax No.: رقم فاكس مزود الخدمة:	0165430699	Date of Visit: تاريخ الزيارة:	14/06/2018
		Sex: الجنس:	M
		Policy Holder: حاسب الوثيقة:	Bupa Direct - Abdullah Alzugdi and Partners Co.
		Policy No.: رقم العقد:	15572727
		Class: فئة التغطية:	BUPA Direct - Green Advanced
		Expiry Date: تاريخ انتهاء التغطية:	29/11/2018

Reference to your pre-authorisation request (page 1) for our member (details listed above). We, Bupa Arabia replying on the membership and limited medical information supplied provided in your request took the decision mentioned below:

إشارة إلى طلب الموافقة الخاص بكم (صفحة 1) لعميلنا صاحب التفاصيل المذكورة أعلاه، وبناءً على المعلومات الطبية المحدودة و المقدمة من قبلكم، قررنا نحن بوبا العربية إتخاذ القرار المذكور أدناه

**Pre-authorisation Status:**

Approved

حالة طلب الموافقة

Approval No.:

32326718

رقم الموافقة

**Comments:**

ملاحظات

Approval Validity:

14/07/2018

مدة صلاحية الموافقة

Room Type:

Shared Room

نوع الغرفة

**Service Required:**

Service Code	Supply Period	Supply From	Supply To	Service Description	Notes
رمز الخدمة	مدة الخدمة	من تاريخ	الى تاريخ	وصف الخدمة	ملاحظات

O R I F by plates and screws communitied  
fracture ulna PD

Approved

**Additional Comments**

ملاحظات اضافية

Insurance Officer Web Admin  
مسؤول التأمينDate & Time 18/06/2018 14:35:29  
لوقت والتاريخ**Above decision based on the information received:****Member Detail**

Member Name	MUHAMMAD AKBAR MUHAMMAD ISHAQ	Card Issue No:	0	Mobile No:	0598608742
Membership No:	15572727	Member Id/Iqama	2336018755	Patient File No:	00565842
Contract No:	45128900			Verification ID:	0

**Provider Detail**

Provider Code	21907	Physician Name:	moktar	Fax No:	0165430699
---------------	-------	-----------------	--------	---------	------------

**Treatment Detail**

Chief Complaints and main symptoms	RTA poly trauma chest pain left forearm pain	Diagnosis Code:		Diagnosis Desc:	fracture bb left forearm fracture left clavicle
Treatment Type	I	Date of Admission:	14/06/2018	Quantity:	1
-Department Type-	ORT-	Length of Stay:	5	Estimated Amount:	13500
Last Menstrual Period in Hijri		Expected Delivery in Hijri			
Last Menstrual Period in Gregorian		Expected Delivery in Gregorian			

**Maternity Detail**

Exemptions	Y	Referral:	N	Chronic:	N
RTA	1	Infertility:	N	Work Related:	
Gravida		Para:		Live:	
Possible line of treatment				Other Conditions:	
Check-up		Congenital:		Psychiatric:	
Vaccination		Blood Pressure:	125/80	Pulse:	80
Maternity Type		Abortion:		Death:	
		Temperature:	36.7	Duration of Illness:	

ServiceCode	SupplyPeriod	SupplyFrom	SupplyTo	ServiceDescription	Qty	Amount
				O R I F by plates and screws communitated fracture ulna	1	13500

**Kindly note:** This approval is subject to the terms and conditions of the signed agreement including agreed package prices and price list and the customer policy limits and exclusions. Further, BUPA Arabia confirms cover for the member's treatment as specified in the coverage details field based on the limited information supplied to us during pre-authorisation. BUPA Arabia reserves the right to fully or partially deny the payment for any of the above treatment during the claim processing stage in case one of the following reasons (which does not constitute a numerous clauses of events) becomes apparent:

1. If the diagnosis, treatment or any other material fact alters from those disclosed during pre-authorisation

يرجى الملاحظة أن هذه الموافقة تخضع لشروط وأحكام الاتفاقية الموقعة بين الطرفين بما في ذلك أسعار الاتفاقية الشاملة المتفق عليها ، وقوائم الأسعار بما في ذلك حدود تغطية العملاء والاستثناءات. كذلك، تؤكد بوبا العربية تغطيتها لعلاج العضو بما تم ادراجه في خانة الحالات المدرجة ضمن التغطية إستناداً إلى المعلومات المحدودة والتي تم إفادتنا بها خلال طلب الموافقة على الخدمات الطبية. تحتفظ بوبا العربية بحق الرفض الكلي أو الجزئي بخصوص سداد تكاليف الخدمات الطبية عند المطالبة بها إذا ما توفر أحد الأسباب التالية ( التي لا تشكل بنود عديدة من الأحداث ) :

2. If the line of treatment is not according to internationally recognised medical standards and in line with the M.O.H approved practices
3. In case of forgery

- اذا كان التشخيص او العلاج او اي حقائق اخرى مخالفة لما ورد في طلب الموافقة.
- عدم تطابق أو توافق العلاج أو الخدمة الطبية الممنوحة مع المعايير المتعارف عليها دوليا أو مخالفته لما نصت عليه لوائح و قوانين وزارة الصحة السعودية.
- في حالة الاحتيال أو التزوير.

Saudi Medical Insurance Standardization - United Claim & Approval Form (SMIS-UCAF 1.0)

KINGDOM OF SAUDI ARABIA



وزارة الصحة  
Ministry of Health

Hospital: King Khaled مستشفى: King Khaled

Region: Hail المنطقة/المحافظة: Hail

Dept./Unit: BH القسم/الوحدة: BH

MRN: 00565842 رقم الملف الطبي: 00565842

Name: UNKNON UNKNON UNKNON UNKNON الاسم: UNKNON UNKNON UNKNON UNKNON

Nationality: OTHERS الجنسية: OTHERS

Age: 30 سنة / 0 شهر /   يوم  
Years / Months / Days العمر: 30 / 0 /

Date of Birth:   /   / 14 H   /   / 20 تاريخ الميلاد:   /   / 14 H   /   / 20

Gender:  Male  Female الجنس:  Male  Female

### OPERATION NOTES FORM

Date: <u>3-10-39</u> Time commenced: <u>0945</u> Time completed: <u>1153</u>	O.R. No.	O.R. Nurse	Operation category:
	<u>7</u>	<u>Hissal</u>	<input type="checkbox"/> Elective <input type="checkbox"/> Day case <input checked="" type="checkbox"/> Emergency

Surgeon/ s:	Assistant/ s:
1. <u>Dr. Mokher</u>	1. <u>Dr. Alshaban</u>
2. <u> </u>	2. <u> </u>
3. <u> </u>	3. <u> </u>

Anesthetist Name: Drikhan + Dr. Turk

Type of anesthesia: L.A + GA

Pre-operative diagnosis: Comminuted fracture (L6) RB forearm

Operation: ORIF by 2 plates & screws

Post-operative diagnosis: Comminuted fracture RB (L6) forearm

DESCRIPTIVE FINDINGS INDICATION FOR SURGARY AND PROCEDURES: (Including the condition of all organs - examined, incision ligatures, sutures, drainage, swab count and closure).

ph under GA

Henry Approach for (L6) radius

ORIF by plate & screws

Postmedial approach (L6) ulna

ORIF by plate & screws

Comminuted ulna (L4 fragment)



MINISTRY OF HEALTH  
GENERAL HOSPITAL  
EMERGENCY DEPARTMENT

ER. NO. : E430251 : رقم الطوارئ  
 PATIENT NAME : *محمد اكبر* : اسم المريض  
 AGE : شهر . سنة . : العمر  
 SEX : MALE ذكر : الجنس  
 DATE : 14/06/2018 ٣٠/٠٩/١٤٣٩ : تاريخ  
 NATIONALITY : NONE بلا : الجنسية  
 ID NUMBER : : رقم البطاقة  
 MOBILE : : الجوال

ARRIVAL

Wheel Chair  Gurney  Police  Ambulance Referred From \_\_\_\_\_ Referred For \_\_\_\_\_

PULSE *97* B.P. *150/90* R.R. \_\_\_\_\_ SPO<sub>2</sub> *99* RBS \_\_\_\_\_ WEIGHT \_\_\_\_\_ GCS \_\_\_\_\_

Drug Allergy  Yes  No Married  Yes  No Pregnancy months  Yes  No

Time of Examination \_\_\_\_\_

C T A S  
1 2 3 4 5

No Pain  Mild  Moderate  Severe

Transfer To  Waiting Room  Yellow  Red

Time of Assessment \_\_\_\_\_ RN SIGN. \_\_\_\_\_

CHIEF COMPLAINT

*RTA*  
*fracture Both Bone*  
*of forearm*

Past History  None  Asthma  DM  COPD  HTN  GU  Cardiac  psychiatric  CVA  Dialysis  Epilepsy  Thyroid  Breast Feed  Surgical Proc  Other \_\_\_\_\_

HISTORY

*fracture of clavicle*

PHYSICAL FINDINGS

*Referred to KKMH*  
*on spinal board & neck collar*

INVESTIGATIONS

CBC  GLUCOSE  RFT  LFT  CARDIAC BIO MARKER  ELECTROLYTE  BGA  PT/APTT  CXR  ABD. XR.  XRAY KUB  URINE C/E  URINE KETONES  USG  C.T. SCAN  OTHER \_\_\_\_\_

RX. IN OBSERVATION

DISCHARGE RX. INSTRUCTIONS

*NS - 1-1M given at PRN*  
*plus morphine*  
*paracetamol 1-1M referral for neurosurgery*  
*NS - dr / 2200ml i.v* *consultant*

REGISTERED NURSE SIGNATURE \_\_\_\_\_

PROVISIONAL DIAGNOSIS *RTA*

REFERRED TO \_\_\_\_\_

DISPOSITION  HOME  ADMISSION  DAMA  REFERRED TO \_\_\_\_\_

PHYSICIAN NAME *Dr. Anass*

PHYSICIAN SIGNATURE \_\_\_\_\_

KINGDOM OF SAUDI ARABIA  
MINISTRY OF HEALTH



KING KHALID HOSPITAL - HAIL

Health Care No. 00565842

Name : MOHAMMED AKBAR MOHAMMED ESHAQ

Age : Yrs/Month 30Y-01M Sex : ذكر

Nationality : اخرى

ID No. : IQAMA 2336018755

Consultant In -Charge : حسن محمد ابو عبده

Dept :

Unit : BU

ADMISSION AND DISCHARGE FORM

نموذج الدخول و الخروج

Place of Birth : مكان الميلاد : Marital Status : الحالة الاجتماعية :

Occupation : المهنة : Religion : الديانة :

Address & Tel. No. : العنوان و رقم الهاتف : تحويل من الحائط

Name's Relative : اسم أقرب شخص :

Address & Tel. No. : العنوان و رقم الهاتف :

Source Of Referral : محول من :  
 اخرى Other  الإسعافات و الطوارئ A/E  العيادات الخارجية O.P  مستشفى اخرى Other Hospital

INT.TRANS.

Unit : الوحدة : Unit : الوحدة : Date of Adm. 01-10-1439 تاريخ الدخول :  
Date : التاريخ : Date : التاريخ : Time of Adm. 10:54 وقت الدخول :

Complaint and Provisional Diagnosis : حالة المريض عند الدخول

مستقرة  حرجة

رقم التصنيف الدولي

I.C.D.NO.

Primary Diagnosis : التشخيص المبدئي :

Final Diagnosis : التشخيص النهائي :

Other Diagnosis : تشخيصات اخرى :

Surgical Operation : العمليات الجراحية :

Anestestheia : التخدير :

اخر Others  نصفي Spinal  موضعي Local  كلي General

Date of Discharge : تاريخ الخروج : Time of Discharge : وقت الخروج : Duration of Stay : مدة الإقامة :

Condition on Discharge : الحالة عند الخروج :  
 اخرى Others  وفاة Dead  حسب طلبه AMA  تحويل Ref.  تحسن Improved  شفاء Cure

Attend. Physician : الطبيب المعالج : Unit Head : رئيس الوحدة :

Sig. : التوقيع : Sig. : التوقيع :

في ظهر النموذج يجب تدوين البيانات في حالات : الولادة و الوفيات و الحوادث

Overleaf, must complete information in case of : Delivery, Death & Accident