



PreAuthorization Reply Letter

Provider Name - اسم مزود الخدمة - **AI Salam Hospital - Riyadh** Insured Name - اسم المؤمن عليه - **Jameema Mohammedhussain**

ID. Card - رقم الهوية الوطنية / الإقامة: **2469792556**

Insurance Co. - شركة التأمين
: **Bupa Arabia**

Age - العمر: **30**

Sex - الجنس: **F**

Patient File No. - رقم ملف المريض: **10001**

Dept - القسم: **General**

Policy Holder - صاحب الوثيقة: **Bupa Direct - AWTAD AL AKARIA CO.**

Policy No. - رقم العقد: **34154497**

Class - درجة التغطية: **BUPA Direct - Essential 2.1**

Provider Fax No. - رقم فاكس مزود الخدمة: **0112946192**

Date of Visit - تاريخ الزيارة: **29-03-2024**

Expiry Date - تاريخ انتهاء التغطية: **27-02-2025**

Reference to your pre-authorization 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 والمقدمة من قبلكم، قررنا نحن بوبا العربية إتخاذ القرار المذكور أدناه

Pre-authorization Status - حالة طلب الموافقة: **Approved**

Approval No. - رقم الموافقة: **95920549**

Comments - ملاحظات

Approval Validity - مدة صلاحية الموافقة: **00:00:00 28-04-2024**

Room Type - نوع الغرفة: **Shared Room**

Service Code	Supply Period	Supply From	Supply To	Service Description	Notes
SHP1073				Caesarian Delivery (REPEATED)-4 Days	Approved

Above decision based on the information received:

Member Detail

Member Name: **Jameema Mohammedhussain**

Card Issue No:

Mobile No: **0590227443**

Membership No: **34154497**

Member Id/Iqama: **34154497**

Patient File No: **10001**

Contract No: **49124900**

Verification ID:

Provider Detail

Provider Code: **23518**

Physician Name: **Reem Mohammed Humaida**

Fax No: **0112946192**

Treatment Detail

Chief Complaints and main symptoms:

Diagnosis Code: **R10.4**

Diagnosis Desc: **Abdominal and pelvic pain, Other and unspecified abdominal pain**

Treatment Type: **I**

Date of Admission: **2024-03-29 00:00:00**

Quantity: **1**

Department Type: OTH	Length of Stay:	Estimated Amount: 7200
Last Menstrual Period in Hijri: 1900-01-01	Expected Delivery in Hijri: 1900-01-01	
Last Menstrual Period in Gregorian: 1900-01-01	Expected Delivery in Gregorian: 1900-01-01	
Maternity Detail		
Exemptions:	Referral:	Chronic: N
RTA:	Infertility:	Work Related:
Gravida:	Para:	Live:
Possible line of treatment:	Other Conditions:	Check-up:
Congenital:	Psychiatric:	Vaccination:
Blood Pressure:	Pulse:	Maternity Type: I
Abortion:	Death:	Temperature:
Duration of Illness:		

ServiceCode	SupplyPeriod	SupplyFrom	SupplyTo	ServiceDescription	Qty	Amount
SHP1073		2024-03-29 00:00:00.0	2024-03-29 00:00:00.0	Caesarian Delivery (REPEATED)-4 Days	1	7200

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 preauthorisation. 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
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

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 إفاذتنا 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 إذا كان التشخيص أو العلاج أو أي حقائق أخرى مخالفة لما ورد في طلب الموافقة. عدم تطابق أو توافق العلاج أو الخدمة الطبية الممنوحة مع المعايير المتعارف عليها دولياً أو مخالفتها لما نصت عليه لوائح و قوانين وزارة الصحة السعودية. في حالة الاحتيال أو التزوير.