

استمارة التصريح المسبق للعلاج

التصريح المسبق للعلاج غير ضروري لعلاج الحالات الطارئة، لكن يجب إخطارنا من قبلكم أو من قبل الطبيب أو أحد الأقارب أو الزملاء بدخول المستشفى خلال 48 ساعة من وقوع الحدث الطارئ.

بإمكانكم التواصل مع خط المساعدة على الرقم 19154 أو 20224632306+ وتقديم وتقديم تفاصيل استمارة التصريح المسبق للعلاج عبر الهاتف إذا كان العلاج سيتم في غضون 72 ساعة. يرجى إيفادنا بأكبر قدر ممكن من التفاصيل عند الإتصال عبر خط المساعدة بما في ذلك تفاصيل الاتصال الخاصة بالطبيب المعالج.

إرشادات حول استكمال هذا النموذج:

- إذا استخدمتم نسخة مطبوعة من هذا النموذج، يُرجى استكماله بخط واضح.
- القسم 1- يجب إكمال هذا القسم من قبل المريض (أو من ينوب عنه)
- الجزء 2 - يجب إكمال هذا القسم من قبل الطبيب

ننوه الى التالية:

- ان عدم استكمال تعبئة هذه الاستمارة سيتسبب في تأخير اصدار تصريح علاجكم، حيث اننا قد نضطر إلى الرجوع إليكم أو إلى مقدمي الخدمات الطبية للحصول على المزيد من المعلومات.
- يجب أن تكون وثيقة تأمين المريض سارية المفعول في تاريخ العلاج
- ان ضمان التسديد يخضع للأحكام والشروط المنصوص عليها في وثيقة التأمين وللتقييم الذي تخضع له كافة المستندات ذات الصلة التي يتم إرسالها إلينا بخصوص الحالة الطبية المعنية.

1 القسم الخاص بالمريض - يجب إكمال هذا القسم من قبل المريض (أو من ينوب عنه) بالكامل

رقم الوثيقة التأمينية	
السيد <input type="checkbox"/> السيدة <input type="checkbox"/> الأنسة <input type="checkbox"/> غير ذلك	الاسم الأول (الاسم الأول واسم الأب والجد)
اسم العائلة	
تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة)	
رقم مستند إثبات الشخصية	

تفاصيل جهات الاتصال - يرجى تحديد بيانات الشخص الذي يمكننا الاتصال به بخصوص التطورات المتعلقة بطلب تصريح العلاج المسبق.

الاسم	
الصلة بالمريض مثلاً المريض نفسه، الزوج/ة، الأهل	
الهاتف (مع رمز الدولة والمدينة)	
الهاتف المحمول (مع رمز الدولة والشبكة)	
البريد الإلكتروني	

نحن نهتم لحماية خصوصيتكم وبياناتكم

يوضح إشعار حماية البيانات كيف نقوم كعميدي التأمين والشركة القائمة على إدارة خدمات تأمينكم بتوفير الحماية لخصوصيتكم، وهو إشعار هام يوضح كيفية حمايتنا للبيانات الشخصية الخاصة بكم، ويجب ان تتم قراءته قبل تقديم أية بيانات شخصية إلينا. للاطلاع على إشعار حماية البيانات الخاص بنا، يرجى زيارة الرابط التالي: www.allianzcare.com/en/privacy.

يمكنكم كذلك الاتصال بنا على خط المساعدة المحلي 19154 (لدى الاتصال من داخل مصر) أو +353 1 630 1301 (لدى الاتصال من خارج مصر) لطلب نسخة مطبوعة من إشعار حماية البيانات. في حال وجود استفسارات لديكم تتعلق بالبيانات الشخصية واستخداماتها، يمكنكم مراسلتنا على البريد الإلكتروني التالي: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

أوافق على التنازل عن حقوق السرية الطبية فيما يتعلق بالسجلات الطبية الخاصة بحالتي الصحية، وأخول المعالج، وأخصائيي الرعاية الصحية، وموظفي المستشفى بإرسال معلومات تخص حالتي الصحية، في حال تم طلبها، إلى شركة أليانز للتأمين - مصر أو ممثليها المعتمدين، أو لخبير خارجي في حالة وقوع أية خلافات. ويخضع ما سبق للقيود القانونية المعمول بها.

إذا كان الشخص المعالج قاصراً، فيتعين على الوالدين أو الوصي التوقيع على هذا الفقرة

توقيع المريض التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)

نحتاج للحصول على موافقتكم

تماشياً مع النظام الأوروبي لحماية البيانات العامة (GDPR)، نحتاج للحصول على موافقتكم لأجل جمع ومعالجة بياناتكم الصحية ودفع تكاليف علاجكم. في حال لم تقدموا هذه الموافقة، يرجى زيارة الرابط my.allianzcare.com/myhealth/login والتسجيل عبر الخدمات الإلكترونية ومن ثم اختيار الفقرات المطلوبة. يمكنكم كذلك تنزيل نموذج الموافقة من على صفحتنا www.allianzcare.com/en/consent-form، كما ويمكن توفير نسخة مطبوعة من النموذج لدى الطلب. ننوه أنه يجب استكمال نموذج موافقة مستقل لكل عضو يبلغ 18 عام أو أكثر.

- إذا تطلبت الحالة علاجاً إضافياً، فيجب إعلامنا بذلك.
- يجب إرسال جميع الفواتير إلينا خلال فترة 60 يوماً من تاريخ خروج المريض من المستشفى. ننوه هنا إلى أنه في حال وجود أية اتفاقيات خاصة مع مقدمي الخدمات الطبية، سوف يتم تطبيق هذه الاتفاقيات.

الحالة الطبية

وصف للحالة والأعراض

المسببات (إذا كانت معروفة)

تاريخ تشخيص هذه الحالة لأول مرة (اليوم/الشهر/السنة)

تاريخ أول علاج لهذه الحالة (اليوم/الشهر/السنة)

في أي تاريخ لاحظ المريض ظهور الأعراض الأولى (اليوم/الشهر/السنة)

التشخيص (ان لم يكن معروفاً، الرجاء تقديم التشخيص الأولي)

ICD9/10 DSM-IV DRG

الحمل والولادة

تاريخ تأكيد الحمل من قبل الطبيب (اليوم/الشهر/السنة)

تاريخ الولادة المتوقع أو الفعلي (اليوم/الشهر/السنة)

هل من المتوقع ولادة طفل واحد نعم لا

إذا حددتم المربع "لا"، هل جاء الحمل نتيجة مساعدة طبية نعم لا

طريقة الولادة

العلاج

العلاج/العلاج المقرّر

التاريخ المقرّر لدخول المستشفى (اليوم/الشهر/السنة)

للحصول في الولايات المتحدة الأمريكية / المملكة المتحدة، يرجى توفير رمز (رموز) CCSD/CPT بالإضافة إلى وصف كامل

رمز (رموز) CPT رمز (رموز) CCSD

الوصف

التكلفة

للحصول في ألمانيا (مجموعة التشخيصات المرتبطة DRG)، يرجى تأكيد السعر الأساسي (Basisfallpreis)

مدة الإقامة التقديرية في المستشفى ليلاً / يوم ليلاً يوم (يرجى اختيار المناسب)

هل يتم تقديم سعر شامل نعم لا إذا اخترتم "نعم"، يرجى توفير عرض السعر بما في ذلك العملة:

إذا اخترتم المربع "لا"، يرجى توفير عرض تفصيلي للتكاليف بما في ذلك العملة:

تقدير كلفة العلاج مع تحديد العملة	رسوم الطبيب / طبيب التخدير	رسوم المستشفى

بيانات مقدم الخدمة الطبية

اسم المستشفى / المرفق

العنوان (بما في ذلك البلد)

البريد الإلكتروني (ضروري)

الهاتف (مع رمز الدولة والمدينة)

الفاكس (مع رمز الدولة والمدينة) (ضروري)

الاسم

البريد الإلكتروني (ضروري)

الهاتف (مع رمز الدولة والمدينة)

الفاكس (مع رمز الدولة والمدينة) (ضروري)

الطبيب المعالج / طبيب الإدخال:	تفاصيل الطبيب المحول:

يرجى التوقيع والتأريخ والمصادقة بالختم الرسمي

أؤكد أن جميع المعلومات الواردة في هذه الاستمارة صحيحة ودقيقة وكاملة بحسب معرفتي.

التاريخ _____ توقيع الطبيب _____

يرجى إرسال استمارة تصريح العلاج قبل خمسة أيام على الأقل من بدء العلاج، وذلك:

للعلاج خارج مصر يرجى إرسال الاستمارة مكتملة عن طريق:
البريد الإلكتروني medical.services@e.allianz.com
أو البريد الى: Medical Services Department, Allianz, 15 Joyce Way
Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland

للعلاج داخل مصر يرجى إرسال الاستمارة مكتملة عن طريق:
البريد الإلكتروني cs.eg@nextcarehealth.com
أو الفاكس +2022908220
أو البريد الى: شركة Nextcare - مصر، قطعة 14B01، مبنى A1، مدينة كايرو فيستفال سيتي -
التجمع الخامس، القاهرة الجديدة، مصر

نصح بالاحتفاظ بنسخ من جميع المراسلات حيث أننا لا نتحمل مسؤولية المراسلات التي لم تصل إلينا لأسباب خارجة عن سيطرتنا.

إذا كانت لديكم أي أسئلة أو استفسارات، يُرجى الاتصال على خط المساعدة على الأرقام 19154 أو +20224632306 أو على البريد الإلكتروني: cs.eg@nextcarehealth.com

توفر شركة AWP Health & Life SA الدعم الإداري والفني لتأمينكم. AWP Health & Life SA هي شركة محدودة خاضعة لقانون التأمين الفرنسي ومسجلة في فرنسا تحت الرقم RCS Bobigny 401 154 679. وتدار أعمالها من خلال فرعها الإيرلندي بعنوانه الكائن في: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12 Ireland والمسجل في مكتب تسجيل الشركات الإيرلندي تحت الرقم: 907619. AWP Health & Life SA هي معبد التأمين وتوفر الخدمات الإدارية والدعم الفني لتأمينكم. أليانز للتأمين - مصر هي الشركة القائمة على وثائق تأمينكم.

Allianz Life Assurance Company - Egypt (S.A.E) Registered Under No. 15/2001
Allianz Insurance Company - Egypt (S.A.E) Registered Under No. 13/2001
Address: Building (A1) - Cairo Festival City - 5th Settlement - New Cairo
Phone: (+202) 232 23000 Fax: (+202) 232 23001

HOTLINE
19909
www.allianz.com.eg

أليانز لتأمينات الحياة - مصر (ش.م.م) مسجلة تحت رقم ٢٠٠١ / ١٥
أليانز للتأمين - مصر (ش.م.م) مسجلة تحت رقم ٢٠٠١ / ١٣
العنوان: مبنى (A1) - كايرو فيستفال سيتي - التجمع الخامس - القاهرة الجديدة
تليفون: ٢ ٣٢٢ ٢٠٠٠ (+٢٠٢) فاكس: ٢ ٣٢٢ ٢٠٠١ (+٢٠٢)