

# استمارة تصريح العلاج المسبق

يُرجى تعبئة هذه الاستمارة بخط واضح، حرصاً منا على راحتكم، فقد وفرنا هذه الاستمارة بصيغة editable PDF على صفحتنا الإلكترونية: [www.allianzworldwidecare.com/egypt](http://www.allianzworldwidecare.com/egypt)

تصريح العلاج المسبق / الموافقة المسبقة 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 تفاصيل استمارة تصريح العلاج المسبق عبر الهاتف إذا كان العلاج سيتم في غضون 72 ساعة. يرجى إيفادنا بأكثر قدر ممكن من التفاصيل عند الإتصال عبر خط المساعدة بما في ذلك تفاصيل الاتصال الخاصة بالطبيب المعالج.

الجزء 1 يجب إكمال هذا القسم من قبل المريض (أو من ينوب عنه)

الجزء 2 يجب إكمال هذا القسم من قبل الطبيب

ننوه الى أن عدم استكمال تعبئة هذه الاستمارة سيستبب في تأخير اصدار تصريح علاجكم، حيث اننا قد نضطر الى الرجوع إليكم أو إلى مقدمي الخدمات الطبية للحصول المزيد من المعلومات. كما ويجب أن تكون وثيقة تأمين المريض سارية المفعول في تاريخ العلاج. يرجى الملاحظة أن 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"/> الأئمة <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/>									
الاسم الأول (الاسم الأول واسم الأب والجد)									
اسم العائلة									
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 تقوم Allianz Care، بصفتها معيد التأمين والشركة القائمة على إدارة خدمات تأمينكم، بتوفير الحماية لخصوصيتكم. وهو إشعار هام يوضح كيفية حمايتنا للبيانات الشخصية الخاصة لكم، ويجب ان تتم قراءته قبل تقديم أية بيانات شخصية إلينا. للاطلاع على إشعار حماية البيانات الخاص بنا، يرجى زيارة الرابط التالي: [www.allianzworldwidecare.com/en/privacy](http://www.allianzworldwidecare.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](mailto: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، الى شركة أليانز للتأمين – مصر أو ممثلها المعتمدين، أو لخبير خارجي في حالة وقوع أية خلافات. ويخضع ما سبق للقوانين المعمول بها.

إذا كان الشخص المعالج قاصرًا، فيعتمد 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.allianzworldwidecare.com](http://my.allianzworldwidecare.com) والتسجيل عبر الخدمات الإلكترونية ومن ثم اختيار الفقرات المطلوبة. يمكنكم كذلك تنزيل نموذج الموافقة من على صفحتنا [www.allianzworldwidecare.com/en/consent-form/](http://www.allianzworldwidecare.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.



توفر شركة Allianz Care الدعم الإداري والقي لتأمينكم. Allianz Care هي شركة محدودة خاضعة لقانون التأمين الفرنسي ومسجلة في فرنسا تحت الرقم RCS Bobigny 401 154 679، وتدار أعمالها من خلال فرعها الأيرلندي بعنوان الكائن في: 15 Joyce Way, Park West, Dublin 12, Ireland. Allianz Care هي معيد التأمين وتوفر الخدمات الإدارية والدعم الفني لتأمينكم. Allianz Care و Allianz Partners هي أسماء تجارية مسجلة تابعة لـ AWP Health & Life SA. أليانز للتأمين – مصر هي الشركة القائمة على وثق 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

Allianz Egypt For Financial Investments Company Commercial register no: 398608 / Cairo

Address: Plot no. 14B01 Building no. (A1), Cairo Festival City, 5th Settlement, New Cairo

Phone: (202) 232 23000 Fax: (202) 232 23001



أليانز لتأمينات الحياة – مصر (ش.م.م) مسجلة تحت رقم ٢٠٠١/٥

أليانز للتأمين – مصر (ش.م.م) مسجلة تحت رقم ٢٠٠١/١٣

أليانز مصر للإستثمارات المالية – (ش.م.م) سجل تجاري رقم ٣٩٨٦٠٨ / القاهرة

العنوان: قطعة 14B01 مبنى A1 مدينة كايرو فيستفال سيتي – التجمع الخامس القاهرة الجديدة – القاهرة

تليفون: ٢٣٢٢ ٣٠٠٠ (٢٠٢) فاكس: ٢٣٢٢ ٣٠٠٠ (٢٠٢)

## 2 البيانات الطبية - يجب إكمال هذا القسم بالكامل من قبل مقدمي الخدمات الطبية

- إذا تطلبت الحالة علاجاً إضافياً، فيجب إعلامنا بذلك.
- يجب إرسال جميع الفواتير إلينا خلال فترة 60 يوماً من تاريخ خروج المريض من المستشفى. نوه 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 (إن لم يكن معروفاً، الرجاء تقديم التشخيص الأولي)		
DSM-IV	DRG	ICD9/ICD10
الحمل و الولادة		
تاريخ تأكيد الحمل من قبل الطبيب (اليوم/الشهر/السنة)	تاريخ الولادة المتوقع أو الفعلي (اليوم/الشهر/السنة)	هل من المتوقع ولادة طفل واحد <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
إذا حددتم المربع "لا"، هل جاء الحمل نتيجة مساعدة طبية غير التلقيح الصناعي <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
طريقة الولادة		

### العلاج

العلاج/المقرّر	التاريخ المقررّ لدخول المستشفى (اليوم/الشهر/السنة)
العلاج في الولايات المتحدة الأمريكية / المملكة المتحدة، يرجى توفير رمز (رموز) CCSD/CPT بالإضافة إلى وصف كامل	
رمز (رموز) CPT	رمز (رموز) CCSD
الوصف	

### التكلفة

العلاج في ألمانيا (مجموعة التشخيصات المرتبطة DRG)، يرجى تأكيد السعر الأساسي (Basisfallpreis)	مدة الإقامة التقديرية في المستشفى <input type="checkbox"/> يوم / <input type="checkbox"/> ليلة (يرجى اختيار المناسب)
هل يتم تقديم سعر شامل <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> 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: رسوم المستشفى
تقدير كلفة العلاج مع تحديد العملة	رسوم الطبيب / طبيب التخدير

### بيانات مقدم الخدمة الطبية

اسم المستشفى / المرفق	العنوان (بما في ذلك البلد)
الهاتف (مع رمز الدولة والمدينة)	الفاكس (مع رمز الدولة والمدينة)
البريد الإلكتروني (ضروري)	

### الطبيب المعالج / طبيب الإخخال

الاسم
الهاتف (مع رمز الدولة والمدينة)
الفاكس (مع رمز الدولة والمدينة) (ضروري)
البريد الإلكتروني (ضروري)

### تفاصيل الطبيب المحول

الاسم
الهاتف (مع رمز الدولة والمدينة)
الفاكس (مع رمز الدولة والمدينة) (ضروري)
البريد الإلكتروني (ضروري)

### يرجى التوقيع والمصادقة بالختم الرسمي

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

توقيع الطبيب

التاريخ

الختم الرسمي الخاص بجهة تقديم الخدمة الطبية

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

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

- بالبريد الإلكتروني إلى العنوان التالي: cs.eg@nextcarehealth.com
- أو بالفاكس على الرقم +20222908220
- أو بالبريد على العنوان التالي: شركة NEXTCARE - مصر، قطعة 14B01، مبنى A1، مدينة كايرو فيستفال سيتي - التجمع الخامس، القاهرة الجديدة، مصر

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