

- إذا تطلبت الحالة علاجاً إضافياً، فيجب إعلاننا 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)

DRG DSM-IV ICD9/10

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 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

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

مدة الإقامة التقديرية في المستشفى 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:

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

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)

تفاصيل الطبيب المحول:	الطبيب المعالج / طبيب الإدخال:

يرجى التوقيع والمصادقة بالختم الرسمي

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

توقيع الطبيب  التاريخ

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

للحصول داخل مصر يرجى إرسال الاستمارة مكتملة عن طريق: cs.eg@nextcarehealth.com البريد الإلكتروني +20222908220 أو الفاكس
 شركة Nextcare - مصر، قطعة 14B01، مبنى A1، مدينة كايرو فيستفال سيتي - التجمع الخامس، القاهرة الجديدة، مصر

للحصول خارج مصر يرجى إرسال الاستمارة مكتملة عن طريق: medical.services@e.allianz.com البريد الإلكتروني +353 1 653 1780 أو الفاكس
 Medical Services Department, Allianz Care, 15 Joyce Way
 Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland

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