



نموذج الأدوية الخاص بالأمراض المزمنة

وهو نموذج معد سلفاً (مرفق صورة عنه) للعاملين في القطاع الإداري الذين يتناولون أدوية معينة وبشكل دائم نتيجة إصابتهم بالأمراض المزمنة التالية (ضغط، ربو، سكري)، والذي يجب إملاء معلوماته بدقة وبشكل تفصيلي:

- 1- من قبل المؤمن عليه بما يتعلق بمعلوماته الشخصية والتأمينية والتوقيع عليها .
- 2- من قبل الطبيب المعالج (طبيب اختصاصي) بما يتعلق بتشخيص المرض بدقة وذكر الأدوية التي يتناولها المريض وعيائها ومقدار جرعاتها ومدة العلاج بشكل واضح وتوقيع الطبيب والختم عليه والتاريخ بعد ذكر اسمه واختصاصه وعنوانه ورقم هاتفه بالضرورة.

• المستندات الواجب إرفاقها مع نموذج الأمراض المزمنة :

- 1- تقرير مفصل من الطبيب المعالج (طبيب اختصاصي) مكتوب على المطبوعات الخاصة بهذا الطبيب (وليس تقرير طبي ذو قيمة من نقابة الأطباء) يتضمن تشخيص الحالة وشرح عن بدء الأعراض وتطورها عند المريض وطريقة العلاج ومدته.
- 2- صورة عن الهوية الشخصية .
- 3- صورة عن بطاقة التأمين الصحي.
- 4- لمرضى السكري فقط ترفق نتائج التحاليل المخبرية المثبتة للتشخيص.

يرجى الالتزام بالمستندات المذكورة أعلاه، مع العلم أن هذه المعلومات تدخل ضمن الملف الطبي للمؤمن عليه على النظام الحاسوبي لشركة إدارة النفقات المتوفر لدى كافة الجهات الطبية المتعاقدة معها، وإن تقديم نموذج أدوية مزمنة غير حقيقي من قبل العامل قد يعرض صحته للخطر عند دخوله إحدى الجهات الطبية، بسبب عودة الأطباء في هذه الجهات إلى ملفه الطبي الموجود على الحاسب لديهم لمعرفة الأدوية التي يتناولها وبالتالي يمكن أن يؤدي إلى إجراءات طبية خاطئة.





طلب أدوية مزمنة /Medial Record

Insured's Name اسم المؤمن له/	Age/العمر	.....
Group/اسم المجموعة	Contract/ رقم العقد	.....
Guarantor/ شركة التأمين	Individual/الرقم الفردي	.....
Starting Date/تاريخ بدء العقد	Expiry Date / تاريخ نهاية العقد	.....
Mob No./ رقم الجوال	Tel No. / رقم الهاتف	.....

بموجب هذا التصريح أوكل توكيلاً لا رجوع عنه شركتي التأمين و شركة إدارة النفقات الطبية المعنية (مندوبون ووكلاء إداريون) بالحصول على معلومات العلاج المذكور أدناه بالإضافة إلى جميع المعلومات الصحية المتعلقة بي، متنازلاً بالتالي عن حقي بالسرية الطبية لصالح شركة الضمان والوكيل الإداري ومندوبي شركة إدارة النفقات الطبية المعنية وأتعهد بالحضور للفحص الطبي إذا تمت دعوتي عن طريق الهاتف من قبل شركة التأمين أو شركة إدارة النفقات الطبية في المكان والزمان المحدد لي .

الاسم :

التاريخ: الإضاء:.....

To be completed by Treating Physician / تملأ من قبل الطبيب المعالج		
Dr./ اسم الطبيب	Specialty/ الاختصاص	.....
Address/العنوان	Tel Nbr./ رقم الهاتف	.....
Diagnosis/التشخيص	Since When/تاريخ بدء المرض	.....
.....
.....
.....

Treatment Plan/العلاج:

Name of Medicine/اسم الدواء	Allowed Generic Substitute/البديل الدوائي	Dose/عيار الدواء	Frequency/الجرعة اليومية	Duration/مدة العلاج
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date/التاريخ:...../...../.....

Stamp & Signature of Treating Physician

إمضاء وختم الطبيب المعالج

.....

Approved by:	خاص بشركة إدارة النفقات الطبية Dr.....
Date:...../...../.....	Signature:.....

Administrative approval from Guarantor's Relation	خاص بشركة إدارة النفقات الطبية	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	Excess
Department:	.....	.....	.....	.....
Comments:	.....	.....	.....	.....
Date:...../...../.....	Name:	Signature: .....	.....	.....