



**نموذج طلب تغطية تكاليف حالة طارئة / علاج مريض قطري متواجد بالخارج**

**Asking for MB**

التاريخ: / /

المحترم

السيد / الملحق الطبي .....

الرجاء مخاطبة إدارة العلاقات الطبية والعلاج بالخارج وعرض حالتني على اللجنة الطبية العليا لإمكانية الموافقة على تغطية تكاليف العلاج.

**البيانات الشخصية:**

1	اسم المريض	
2	تاريخ الميلاد	
3	الرقم الشخصي	
4	الجنسية	
5	رقم الجوال القطري	
6	الرقم الطبي بمؤسسة حمد الطبية HC	
7	تاريخ الوصول	
8	تاريخ أول موعد مع الطبيب بالخارج	
9	أو تاريخ دخول المستشفى	

هام جدا: على المكتب الطبي التأكد من جنسية المتقدم لطلب تغطية تكاليف العلاج حيث ان بند العلاج بالخارج مخصص للقطريين فقط.

**البيانات المتعلقة بالحالة الصحية:**

1	هل كنت تعاني من نفس الأعراض وتم تشخيص حالتك من قبل ( ) نعم ( ) لا	( ) في مستشفى حمد ( ) عيادات خاصة التاريخ: / / يرجى التحديد
2	هل كانت هناك زيارة مؤخرا لقسم الطوارئ بالدوحة قبل السفر، لنفس الأعراض أو المرض	( ) لا ( ) نعم ، اذكر التاريخ: / /
3	آخر حضور موعد بمستشفى حمد	التاريخ: / /
4	اسم الطبيب المعالج بمستشفى حمد	
	ملاحظات	إذا كان المريض رضيع اقل من 3 أشهر يرجى ارفاق الرقم الشخصي للأم.

**بيانات اخرى:**

1	سبب سفرك للخارج	( ) سياحة ( ) علاج على حساب ..... ( ) زيارة ( ) مهمة رسمية - غير رسمية ( ) مرافق رسمي ( ) مرافق غير رسمي
---	-----------------	---

**\* في حالة مرافق لمريض**

2	اسم المريض الأساسي	
3	الرقم الشخصي	

مقدم الطلب	
الصلة بالمريض التوقيع	
التاريخ	

\* يتم تعبئة هذا الطلب بواسطة المريض أو من ينوب عنه.

**المرفقات:**

1- نسخ من جواز السفر، والبطاقة الشخصية 2- نسخة من تقرير الطبيب المعالج في الخارج 3- نسخة من تعهد المرضى



## تعهد

### المرضى المغادرين للعلاج أوروبا

### عن طريق مكتب بون

عند إستلام موافقة العلاج من الإدارة يتعهد المريض أو من ينوب عنه بالإلتزام بما يلي:

1. أن تكون الفيزا طبية وليس سياحية للمريض والمرافقين وعدم تجاوز المدة القانونية المحدد فيها*
2. تمديد الفيزا للمرافقين غير الرسميين ليست من مسؤولية المكتب
3. الإلتزام بالتخصص الطبي المحدد في إشعار العلاج فقط
4. الإقامة في مدينة العلاج
5. التخلف عن أي موعد بدون سبب جوهري يؤدي إلى إلغاء موافقة العلاج
6. تحديد المواعيد أو إلغائها أو تعديلها يكون عن طريق المكتب الطبي فقط
7. خدمة النقل والتوصيل متوفرة للمريض عند الإستقبال والسفر وفي المواعيد الطبية فقط.
8. يتحمل المريض تكاليف إقامة المرافقين
9. الإلتزام بقوانين وإجراءات المستشفيات
10. الإلتزام بما تنص عليه الإتفاقيات مع المؤسسات العلاجية بما فيها نوع الغرفة ومواصفاتها
11. دفع التكاليف الإضافية خارج نطاق العلاج إن وجدت
12. الإلتزام بما هو منصوص عليه في الإتفاقية مع شركات النقل والترجمة
13. إخطار المكتب الطبي عند مغادرة بلد العلاج
14. التعهد بإعادة المبالغ التي يتم صرفها بالزيادة إلى المكتب الطبي
15. المريض مسؤول عن التأكد من إجراءات الطيران قبل السفر
16. الإلتزام بالترجمين المعتمدين من المكتب وشركة الخدمات، وأن المكتب لا يعترف بأية إجراءات تتم عن طريق مترجم غير معتمد.

ملاحظات هامة بشأن التأشيرات:

\* التأشيرة السياحية وتأشيرة العمل والجوازات الخاصة غير قابلة للتمديد وفقا لقانون الهجرة والجوازات.

\* السفر بتأشيرة سياحية للعلاج يعتبر مخالفا للقانون الألماني لتعارضه مع الغرض من السفر.

في حالة عدم الوفاء بأي من هذه الإلتزامات فإن للإدارة إتخاذ الإجراءات المقررة في هذا الخصوص، بما فيها وقف العلاج وإتخاذ الطريق القانوني للمطالبة بإعادة المبالغ التي إستلمها المريض بالزيادة عند رفضه إعادتها

إسم المريض: .....

التاريخ: .....

توقيع المريض/ أو من ينوب عنه. ....