



دائرة التحصيل والبطاقة الصحية

PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT

طلب بطاقة صحية

HEALTH CARD APPLICATION



HC NUMBER: HC08981148

NAME : ALLAN K CHEPKWONY LIMO

NATIONALITY : Kenyan

DOB : 23/01/2020

GENDER : Male

HC Expiry :



1. Medical Records No. \_\_\_\_\_ رقم الملف الطبي : ١

Women's Hospital No. \_\_\_\_\_ رقم مستشفى النساء :

2. Primary Health Centre No. \_\_\_\_\_ رقم المركز الصحي : ٢

3. Health Centre Code No. \_\_\_\_\_ رمز المركز الصحي : ٣

78

4. Full Name \_\_\_\_\_ الاسم بالكامل : ٤

الأول الأب الجد العائلة

First Father G. Father Family

5. Date of Birth \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد : ٥

Day Month Year السنة الشهر اليوم

6. Age \_\_\_\_\_ Blood Group \_\_\_\_\_ فصيلة الدم : ٦

7. Nationality \_\_\_\_\_ 8. Sex \_\_\_\_\_ الجنس : ٨ - الجنسية : ٧

9. Marital Status \_\_\_\_\_ الحالة الاجتماعية : ٩

10. Work Address \_\_\_\_\_ عنوان العمل : ١٠

11. Home Address \_\_\_\_\_ عنوان المنزل : ١١

12. Home Telephone \_\_\_\_\_ Office Tel \_\_\_\_\_ تلفون المنزل : ١٢ تلفون العمل :

13. Name & Address of Next of Kin \_\_\_\_\_ اسم وعنوان أقرب المقربين : ١٣

14. Next of kin Telephone \_\_\_\_\_ تلفون أقرب شخص إليك : ١٤

15. Name & Address of Sponsor/Employer \_\_\_\_\_ اسم وعنوان الكفيل : ١٥

16. ID Number \_\_\_\_\_ رقم البطاقة الشخصية : ١٦

17. Visa Status (Resident/Visitor): \_\_\_\_\_ نوع الإقامة : (مقيم / زائر) : ١٧

Applicant's Signature \_\_\_\_\_ توقيع صاحب الطلب :

FOR OFFICE USE ONLY

للاستعمال الرسمي فقط

CARD REF \_\_\_\_\_

EXPIRY DATE \_\_\_\_\_

RECEIPT \_\_\_\_\_

LOCATION \_\_\_\_\_

FEES QR 100

DATE 2-9-2024

SIGNATURE \_\_\_\_\_

## INSTRUCTION

For the purpose of improving the Medical service, Hamed Medical Corporation will register patient's details in the computer. Therefore, we request the co-operation of all in filling this form clearly in Arabic or English.

## HEALTH CARD:-

In order to obtain treatment in the Hamad Medical Corporation you must present a Health Card whenever you visit one of the hospitals. Failure to do so could mean that your treatment is delayed or deferred.

## APPLICATION:-

To obtain a Health Card, you should apply to a Health Card office by presenting the following:-

- Completed Application Form.
- Passport/ID
- Two photograph (size 4cm x 3cm)
- Appropriate Fee.
- Hospital appointment card & health centre card.

## COLLECTION OF CARD:-

You may collect the card from the Health Card office after two weeks from the date of application by presenting the duplicate copy of your Application Form

**NOTICE :** Please collect your ID/Passport after varification.

## إرشادات

تقوم مؤسسة حمد الطبية بتسجيل مراجعي المستشفيات في جهاز الحاسب الآلي (الكمبيوتر) لغرض تحسين الخدمات الطبية. لذا نرجو من الجميع التعاون معنا في تعبئة هذا النموذج بوضوح باللغة العربية أو الإنجليزية.

## البطاقة الصحية :

لكي تحصل العلاج في مؤسسة حمد الطبية عليك بتقديم البطاقة الصحية أثناء الزيارة لأي من المستشفيات. وفي حالة عدم وجود البطاقة الصحية قد يعيق تقديم الخدمة العلاجية أو تأخيرها.

## الطلب :

من الضروري تقديم المستندات الثبوتية الآتية للحصول على البطاقة الصحية :

- طلب البطاقة الصحية.
- جواز السفر / البطاقة الشخصية.
- صورة شخصية عدد ٢ (٣ سم x ٤ سم).
- رسوم التسجيل.
- بطاقة المواعيد للمستشفى والمركز الصحي.

## موعد استلام البطاقة :

يمكن استلام البطاقة الصحية بعد أسبوعين من تاريخ تقديم الطلب لمكتب البطاقات الصحية بتقديم النسخة المعطاة لك كإيصال.

**ملاحظة:** الرجاء استلام البطاقة الشخصية / جواز السفر قبل مغادرة المكتب .