

دائرة التحصيل والبطاقة الصحية

PATIENT ACCOUNTING DEPARTMENT

طلب بطاقة صحية

**HEALTH CARD APPLICATION**



HC NUMBER: HC08775700

NAME : HAURA ALAINAA

NATIONALITY : Indonesian

DOB : 04/02/2014

GENDER : Female

HC Expiry :



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

Women's Hospital No. \_\_\_\_\_ رقم مستشفى النساء : ٢

2. Primary Health Centre No. \_\_\_\_\_ رقم المركز الصحي : ٣

3. Health Centre Code No. \_\_\_\_\_ رمز المركز الصحي : ٤

الأول الأب الجد العائلة

4. Full Name \_\_\_\_\_ الاسم بالكامل : ٥

First Father G. Father Family

5. Date of Birth \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد : ٦

Day Month Year السنة الشهر اليوم

6. Age \_\_\_\_\_ Blood Group \_\_\_\_\_ فصيلة الدم : ٧

7. Nationality \_\_\_\_\_ 8. Sex \_\_\_\_\_ الجنس : ٨ - الجنسية : ٩

9. Marital Status \_\_\_\_\_ الحالة الاجتماعية : ١٠

10. Work Address \_\_\_\_\_ عنوان العمل : ١١

11. Home Address \_\_\_\_\_ عنوان المنزل : ١٢

12. Home Telephone \_\_\_\_\_ Office Tel \_\_\_\_\_ تلفون المنزل : تلفون العمل : ١٣

13. Name & Address of Next of Kin \_\_\_\_\_ اسم وعنوان أقرب المقربين : ١٤

14. Next of kin Telephone \_\_\_\_\_ تلفون أقرب شخص إليك : ١٥

15. Name & Address of Sponsor/Employer \_\_\_\_\_ اسم وعنوان الكفيل : ١٦

16. ID Number \_\_\_\_\_ رقم البطاقة الشخصية : ١٧

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

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

FOR OFFICE USE ONLY

للاستعمال الرسمي فقط

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

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

RECEIPT \_\_\_\_\_

LOCATION \_\_\_\_\_

FEES \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

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 verification.

## 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 (٢ 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 .



Facility Name: Hamad General Hospital

Collection Receipt

MRN	8775700	QID	31436000253
Patient Name	HAURA ALAINAA ( )		
Receipt No.	101025465573	Receipt Date	15/01/2024 08:31 AM
Health Card Exp. Date	15/01/2025	Billing Category	RESIDENT (Indonesian)
Residence Exp. Date	29/12/2024	Sub Billing Category	
Credit Group	Self Pay	Policy Detail	Self Pay Policy

Trans. #	Service Code	Service Description	Rate	Qty.	Gross Amount	Discount	Credit Share	Net Amount (QR)
Health Card Bill [HCB4625605] /Out-Patient/0//Collection								
HCB4625605	HCR01	New Issued Healthcard	100.00	1.000	100.00	0.00	0.00	100.00
Total Bill Amount (QR)		100.00						
Pay Mode	Amount (QR)	Charge %	Charge Amount	Received Amt.	Ref. Name	Ref. No.	Ref. Date	
Debit card	100.00	0.00	0.00	100.00	QNBDEBIT( 9939 ) [90290101]971360	001228007	15/01/2024	

Collected By: Aysha Rashid  
A A Alkubaisi  
Printed By: Aysha Rashid  
A A Alkubaisi

MRN : 8775700  
Collection Location : HC PHCC AL RUWAIS

Page 1 of 1  
Printed Date : 15/Jan/2024 08:31 AM

J