

## خدمات المرضى الدوليين دليل قبول المرضى

## بعد التحية

شكرا لاختيارك مستشفى نيويورك برسبتاريان **NewYork-Presbyterian Hospital, #1 hospital in New York** لتلقي الرعاية الطبية المتخصصة والتميزة. نعرض عليك الخطوات التالية اللازمة لاتمام عملية التسجيل:

### اجراءات التسجيل

1

- الرجاء اكمال المعلومات التالية وإعادة نسخة منه إلينا
- جميع المعلومات المدونة في الاستمارة
  - جواز سفر المريض
  - بطاقة التأمين الصحية من الجهتين الأمامية والخلفية
  - جميع التقارير الطبية الخاصة بحالة المريض باللغة الانكليزية

### اجراءات قبول الحالة

2

سيقوم احد الاطباء المختصين من مستشفى نيويورك برسبتاريان وابل كورنيل او كولومبيا بمراجعة تقارير المريض الطبية لتأكيد قبول الحالة للعلاج واقتراح خطة علاجية لتقديم الرعاية الصحية اللازمة وسيقوم بعدها قسم الشؤون المالية بوضع التكلفة المالية التقديرية بناء على خطة العلاج المقترحة .

### عند قبول الحالة

3

سيقوم فريق قسم الخدمات الدولية في المستشفى بارسال الخطة العلاجية والتكلفة التقديرية للعلاج او مراجعة معلومات التأمين الصحي للمريض ان وجدت واكمال اجراءات المخالصة المالية ليتم بعدها حجر الموعد الطبي وتعيين المنسق الطبي للاشراف على الحالة ومساعدة المريض خلال فترة العلاج في مستشفى نيويورك برسبتاريان.

للمزيد من الاستفسارات والمعلومات, الرجاء الاتصال على الرقم التالي **+1-212-746-9100** او مراسلتنا على البريد الالكتروني التالي : [globalservices@nyp.org](mailto:globalservices@nyp.org)

شكرا

مكتب الخدمات الدولية

مستشفى نيويورك برسبتاريان **NewYork-Presbyterian Hospital**

### معلومات المريض

اللقب:	اسم المريض (حسبما جاء في جواز السفر):	اسم آخر
العنوان الدائم للمريض:		
الهاتف (رمز البلد والرقم):		
هاتف آخر (رمز البلد والرقم):		
الفاكس (رمز البلد والرقم):		
جنس المريض:	بلد الإقامة الأساسية:	
<input type="checkbox"/> ذكر:	اللغة المفضلة:	
<input type="checkbox"/> أنثى:		
اسم الأم:	اسم الأب:	
التاريخ ميلاد المريض:	اسم المرأة قبل الزواج أو أي اسم آخر:	
(الشهر/اليوم/السنة)		
البريد الإلكتروني:		
أنا أسمح لمستشفى NewYork-Presbyterian Hospital (NYP) بمراسلتني إلكترونياً وإبقتني على اطلاع بأخبار المستشفى، وآخر العلاجات المبتكرة، والنصائح الصحية:		
<input type="checkbox"/> نعم:		
<input type="checkbox"/> لا:		
لن تعطي NYP عنوان بريدي الإلكتروني إلى أي طرف آخر.		
بإمكاني إلغاء الاشتراك في أي		

### معلومات السفر

الرجاء وضع إشارة أمام احد الاختيارات التالية المتعلقة بخصوص اوراق الفيرا و الدخول للولايات المتحدة الأمريكية:

- لديك تأشيرة دخول إلى الولايات المتحدة:
- لديك رخصة عمل في الولايات المتحدة:
- لديك جواز سفر أمريكي أو كرين كارد:

تواريخ السفر المحتملة:

### كيف سمعت عنا؟

الرجاء وضع إشارة على كل ما ينطبق وتقديم شرح موجز:

- مريض سابق:
- إعلان:
- وكالة او وسيط:
- فعالية:
- أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء أو مريض آخر:
- حكومة:
- شركة تأمين:
- طبيب:
- وسائل التواصل الاجتماعي:
- موقع إلكتروني:
- غير ذلك:

### معلومات الحالة

نوع العلاج المطلوب؟ تشخيص الحالة؟ الاعراض التي يعانيها المريض؟

إذا كنت تعرف اسم الطبيب الذي توذ زيارته، فالرجاء إدخاله هنا:

كيف سيدفع المريض تكاليف علاجه الطبي (اختر واحداً)؟

- تأمين دولي:
- بطاقة الائتمان، حوالة مصرفية، أخرى:
- حكومة أجنبية راعية:

يرجى تقديم نسخة من بطاقة التأمين من جهة الإمام والخلف

اسم الراعي الحكومي:

التاريخ:

(الشهر/اليوم/السنة)

توقيع المريض/الوصي:

إذا كنت الوصي، فالرجاء إدخال اسمك وصلتك بالمريض:

المعلومات الواردة أعلاه صحيحة علا حد علمي. أنا افوض الطرف الثالث الخاص بدفع كافة تكاليف العلاج مباشرة لمقدمي الخدمات الصحية. ايضاً أنا افوض مكتب الخدمات الدولية في مستشفى نيويورك برسبيتران بالافصح عن أي معلومات مطلوبة لرعايتي الصحية أو لغرض تكاليف العلاج. ايضاً أنا اخول كافة المراسلات المتعلقة برعايتي الصحية عن طريق البريد الإلكتروني

شكراً جزيلاً مع تمنياتنا لكم بالشفاء العاجل

البريد الإلكتروني: [globalservices@nyp.org](mailto:globalservices@nyp.org)  
عنوان الموقع الإلكتروني: [nyp.org/globalservices](http://nyp.org/globalservices)  
رقم الهاتف: +1 (212) 746-9100