

# استمارة المعلومات المتعلقة بمقدم الخدمات الصحية Provider Information Application

Application Date:  تاريخ الاستمارة:

- مركز نظارات  
Optical Center
- صيدلية  
Pharmacy
- مختبر  
Laboratory
- علاج طبيعي  
Physiotherapy
- مركز اشعة  
Radiology
- مركز اسنان  
Dental Center
- مركز سمعيات  
Hearing Center
- مجمع طبي  
Medical Complex
- مستشفى  
Hospital

## Administrative Information

## معلومات إدارية

Provider Name in English:  اسم مقدم الخدمة بالعربي:   
كما هو مسجل في شهادة اعتماد مجلس الضمان الصحي  
ورقم اعتماده

CHI Number:  رمز الاعتماد في مجلس الضمان الصحي:

VAT Certification Number:  شهادة ضريبة القيمة المضافة:

CR Number:  السجل التجاري:

Area:  الحي:  City:  المدينة:

P.O.Box:  صندوق البريد:  Street:  الشارع:

Phone Number:  أرقام الهاتف:

Email Address:  البريد الإلكتروني:

Website:  الموقع الإلكتروني:

البريد الإلكتروني Email Address	رقم الفاكس Fax Number	رقم الجوال Mobile Number	الهاتف والتحويلة Phone # & Ext.	اسم المسؤول Person in charge	الدائرة / القسم Department
					الإدارة Administration
					الموافقات الطبية Medical Approvals
					الإدارة المالية والمحاسبة Finance & Accounting Dept.
					قسم التأمين وتعميد الوثائق Insurance Dept. & Policy Activation

## Appointment Information

## معلومات قسم المواعيد

Do you have an online reservation system?

لا

No

نعم

Yes

هل يوجد لديكم نظام لحجز المواعيد عبر الإنترنت؟

Please provide us with the link if available

يرجى تزويدنا بالموقع في حال توفرها

Do you have an information system for billing, etc..?

لا

No

نعم

Yes

هل يوجد لديكم برنامج معلوماتية للفوترة...الخ؟

Please provide us with the system name if available

يرجى تحديد اسم البرنامج في حال توفره

Please provide us with Doctors' list, their specialties and visit schedule. Please identify additional credentials when available

يرجى تزويدنا بأسماء الأطباء العاملين وإختصاصاتهم اضافة الى جدول مواعيدهم. يرجى تحديد أي معلومات اضافية (مثل: زمالة، الخ ) في حال توفرها

ملاحظات Remarks	مواعيد الزيارة Visit Schedule	إختصاصه Speciality	اسم الطبيب Doctor Name

## Available Services

## الخدمات المتوفرة

Pharmacy	Availability	Pharmacy Name	CHI No.
Related to the Facility	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Dental	Availability	Dental	Availability
Routine Dental Services	<input type="checkbox"/>	Fixed Prosthesis	<input type="checkbox"/>
Orthodontic Treatment	<input type="checkbox"/>	Bleaching	<input type="checkbox"/>
Implants	<input type="checkbox"/>		

Radiology	Availability	Radiology	Availability
Routine Radiography	<input type="checkbox"/>	MRI Open	<input type="checkbox"/>
Mammography	<input type="checkbox"/>	MRI Closed	<input type="checkbox"/>
Fluoroscopic Procedures	<input type="checkbox"/>	MRI-Angiography: MRA	<input type="checkbox"/>
Angiography/Arteriography	<input type="checkbox"/>	CT Scan	<input type="checkbox"/>
Ultrasound-Doppler	<input type="checkbox"/>	MRCP	<input type="checkbox"/>
Routine Ultrasound	<input type="checkbox"/>	CT Angio or 3D Study	<input type="checkbox"/>
Morphologic Obstetrical Ultrasound	<input type="checkbox"/>	CT64	<input type="checkbox"/>
Bone Densitometry	<input type="checkbox"/>	Pet Scan	<input type="checkbox"/>
Percutaneous Pyelography, Antegrad + (Whitaker Test)	<input type="checkbox"/>	ERCP: Endoscopic Retrograde Cholangiography & Pancreatography	<input type="checkbox"/>
Nuclear Procedures/Scan	<input type="checkbox"/>	Stereotactic Breast Mass Biopsy	<input type="checkbox"/>

Physiotherapy	Availability	Physiotherapy	CHI No.
Physiotherapy Services	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Laboratories	Availability	Laboratories	Availability
Routine Lab. (Haematology, Chemistry)	<input type="checkbox"/>	Parasitology	<input type="checkbox"/>
Serology	<input type="checkbox"/>	Blood Coagulation Studies/Factors	<input type="checkbox"/>
Endocrinology/Hormone	<input type="checkbox"/>	Pathology/Cytology	<input type="checkbox"/>
Tumor Markers	<input type="checkbox"/>	Blood Bank	<input type="checkbox"/>

Specialized Units	Availability	Laboratories	Availability
Emergency Room 24/7	<input type="checkbox"/>	Adults Intensive Care Unit	<input type="checkbox"/>
Operating Room	<input type="checkbox"/>	Neonatal Intensive Care Unit	<input type="checkbox"/>
Psychiatry Unit	<input type="checkbox"/>	Cardiac Care Unit	<input type="checkbox"/>
Burns Care Unit	<input type="checkbox"/>	Oncology Unit	<input type="checkbox"/>
Pediatric Intensive Care Unit	<input type="checkbox"/>		

ملاحظات Remarks/Additional Information

## Specialized Units

## الوحدات المتخصصة مع تفصيل بعض الخدمات التخصصية المتوفرة لديكم

Units	Availability	Units	Availability
<b>Cardiology</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Neurology</b>	<input type="checkbox"/>
Doppler Echocardiography - Adults	<input type="checkbox"/>	EEG: Electroencephalogram	<input type="checkbox"/>
Doppler Echocardiography - Pediatrics	<input type="checkbox"/>	BAEP: Brain Auditory Evoked Potentials: Adults	<input type="checkbox"/>
Doppler Echocardiography - Fetal	<input type="checkbox"/>	Nerve Conduction Test	<input type="checkbox"/>
Stress Echocardiography	<input type="checkbox"/>	MSLT: Multiple Sleep Latency Tests	<input type="checkbox"/>
TEE: Trans Esophageal Echocardiography	<input type="checkbox"/>	Polysomnography	<input type="checkbox"/>
Cardiac Thallium Scan	<input type="checkbox"/>	EMG: Electromyography	<input type="checkbox"/>
Cardiac Catheterism-Adults	<input type="checkbox"/>	BAEP: Brain Auditory Evoked Potentials: Pediatrics	<input type="checkbox"/>
Cardiac Catheterism-Pediatrics	<input type="checkbox"/>	<b>Neurosurgery</b>	<input type="checkbox"/>
CABG	<input type="checkbox"/>	Brain Tumors Operations	<input type="checkbox"/>
Ablation of Focus of Arrhythmia	<input type="checkbox"/>	Laser Laminectomy	<input type="checkbox"/>
Persantine supine argometry echo	<input type="checkbox"/>	Laminectomy/Cage	<input type="checkbox"/>
Intra aortic ballon pumps	<input type="checkbox"/>	Gamma Knife Surgery	<input type="checkbox"/>
Heart-lung by pass machine	<input type="checkbox"/>	<b>Steriotactic Brain surgery</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Pulmonology</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Oncology</b>	<input type="checkbox"/>
Pulmonary Function Tests/PFT	<input type="checkbox"/>	Radiotherapy: Cobaltotherapy	<input type="checkbox"/>
Bronchoscopy	<input type="checkbox"/>	Radiotherapy: Linear Accelerator	<input type="checkbox"/>
Bronchoscopy Flexible	<input type="checkbox"/>	Chemotherapy	<input type="checkbox"/>
Nocturnal O2 monitoring	<input type="checkbox"/>	<b>Uro-Genital</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Gastroenterology</b>	<input type="checkbox"/>	Uroflowmetry/Debimetry	<input type="checkbox"/>
Gastroscopy/with Biopsy	<input type="checkbox"/>	Cystomanometry	<input type="checkbox"/>
Colonoscopy/with Biopsy	<input type="checkbox"/>	Prostate Biopsy	<input type="checkbox"/>
PH metry	<input type="checkbox"/>	Urethral Pressure Profile Studies	<input type="checkbox"/>
CLO Test/H. Pylori	<input type="checkbox"/>	Cystourethroscopy Diagnostic or Therapeutic	<input type="checkbox"/>
Endoscopic procedure for ligation of esophageal varices	<input type="checkbox"/>	Laser Therapy/Prostate	<input type="checkbox"/>
Capsule Endoscopic	<input type="checkbox"/>	Lithotripsy/ESWL	<input type="checkbox"/>

## Specialized Units

## الوحدات المتخصصة مع تفصيل بعض الخدمات التخصصية المتوفرة لديكم

Units	Availability	Units	Availability
<b>Orthopedic</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nephrology</b>	<input type="checkbox"/>
Arthroscopic procedures	<input type="checkbox"/>	Renal Dialysis-Hemodialysis	<input type="checkbox"/>
Major operations (Hip replacement, knee replacement)	<input type="checkbox"/>	Renal Dialysis-Peritoneal	<input type="checkbox"/>
<b>Obstetrics &amp; Gynecology</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Ophthalmology</b>	<input type="checkbox"/>
Amniocentesis	<input type="checkbox"/>	Fluorescein Angiography	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Oculoelectromyography	<input type="checkbox"/>
<b>ENT</b>	<input type="checkbox"/>	Photocoagulation/Laser	<input type="checkbox"/>
Nasolaryngoscopy	<input type="checkbox"/>	Intravitral Injection	<input type="checkbox"/>
Laryngoscopy/Flexible - Rigid	<input type="checkbox"/>	Lasic Surgery	<input type="checkbox"/>
Tympanometry/Audiometry	<input type="checkbox"/>	Squint Surgery	<input type="checkbox"/>
<b>Infertility</b>	<input type="checkbox"/>	Cataract + IOL (Phaco)	<input type="checkbox"/>
IUI: Intrauterine Insemination	<input type="checkbox"/>	<b>Transplantation</b>	<input type="checkbox"/>
IVF: In Vitro Fertilization	<input type="checkbox"/>	Bone-Marrow Transplantation/Adults	<input type="checkbox"/>
Echo Doppler(Sterility Evaluation)	<input type="checkbox"/>	Bone-Marrow Transplantation/Pediatrics	<input type="checkbox"/>
<b>Dermatology</b>	<input type="checkbox"/>	Stem cell Transplantation	<input type="checkbox"/>
Laser Therapy	<input type="checkbox"/>	Kidney Transplantation	<input type="checkbox"/>
U.V.B/Ultra Violet	<input type="checkbox"/>	Heart Transplantation	<input type="checkbox"/>
<b>Dietician</b>	<input type="checkbox"/>	Cornea Transplantation	<input type="checkbox"/>
<b>Plastic Surgery</b>	<input type="checkbox"/>	Liver Transplantation	<input type="checkbox"/>

ملاحظات

Remarks/Additional Information

--