



شركة الحديثة لإدارة  
المطالبات الصحية

استمارة المعلومات المتعلقة بمقدم الخدمات الصحية  
Provider Information Application

عيادة او  
مركز عيادات  
مستشفى  
Optical Center  
Pharmacy  
Laboratory  
Physiotherapy  
Radiology  
Dental Center  
clinic or polyclinic  
Hospital

Application Date : ...../...../.....

تاريخ ملء الاستمارة: ...../...../.....

Adminstrative Information

معلومات إدارية

اسم مقدم الخدمة كما هو مدون في الترخيص الصادر عن وزارة الصحة :  
رقم الترخيص:

Provider Name in English:  
license# :

| العنوان            | Address        |
|--------------------|----------------|
| المدينة:           | City           |
| الشارع             | Street         |
| أرقام الهاتف:      | Phone No.:     |
| البريد الإلكتروني: | Email Address: |
| الموقع الإلكتروني: | Website:       |

| البريد الإلكتروني<br>Email Address | رقم الفاكس<br>Fax No | رقم الجوال<br>Mobil No | رقم التحويلة<br>Extention | اسم المسؤول<br>Person in charge | الدائرة / القسم<br>Department                          |
|------------------------------------|----------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------|
|                                    |                      |                        |                           |                                 | الإدارة<br>Administration                              |
|                                    |                      |                        |                           |                                 | الموافقات الطبية<br>Medical Approvals                  |
|                                    |                      |                        |                           |                                 | الإدارة المالية و المحاسبة<br>Finance & Accounting Dep |
|                                    |                      |                        |                           |                                 | إدارة التأمين<br>Insurance Department                  |

Appointment Information

معلومات قسم المواعيد

| For Appointments | التحويلة / Extension | رقم الهاتف / Telephone Number | كيفية الاتصال بقسم المواعيد |
|------------------|----------------------|-------------------------------|-----------------------------|
|                  |                      |                               |                             |

هل يوجد لديكم نظام لحجز المواعيد عبر الإنترنت؟ نعم [ ] لا [ ] يرجى تزويدنا بالموقع في حال توفرها

Do you have on-line reservation system? Yes [ ] No [ ] Please provide us with the link if available

هل يوجد لديكم برنامج معلوماتية للفوترة، الخ ؟ نعم [ ] لا [ ] يرجى تحديد اسم البرنامج في حال توفره

Do you have an information system for billing, etc..? Yes [ ] No [ ] Please provide us with the system name if available

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

Please provide us with Doctors list, their Specialties and Vist Schedule. Please identify additional credentials when available

| اسم الطبيب<br>Doctor Name | إختصاصه<br>Speciality | مواعيد الزيارة<br>Visit Schedule | ملاحظات<br>Remarks |
|---------------------------|-----------------------|----------------------------------|--------------------|
|                           |                       |                                  |                    |

## Available Services

## الخدمات المتوفرة

Please Check (✓) Available Services/Units

يرجي وضع علامة (✓) للخدمات والأقسام المتوفرة لديكم

| Dental                  | Availability | Dental          | Availability |
|-------------------------|--------------|-----------------|--------------|
| Routine Dental Services |              | Fixed prothesis |              |
| Orthodontic treatment   |              | Bleeching       |              |
| Implants                |              |                 |              |

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

| Physiotherapy          | Availability | Physiotherapy | Availability |
|------------------------|--------------|---------------|--------------|
| Physiotherapy Services |              |               |              |

| Laboratories                          | Availability | Laboratories                       | Availability |
|---------------------------------------|--------------|------------------------------------|--------------|
| Routine lab. (Haematology, Chemistry) |              | Parasitology                       |              |
| Serology                              |              | Blood Coagulation Studies/ Factors |              |
| Endocrinology - Hormon                |              | Pathology-Cytology                 |              |
| Tumor Markers                         |              | Blood Bank                         |              |

| Specialized Units             | Availability | Specialized Units            | Availability |
|-------------------------------|--------------|------------------------------|--------------|
| Emergency Room 24/7           |              | Adults Intensive Care Unit   |              |
| Operating Room                |              | Neonatal Intensive Care Unit |              |
| Psychiatry Unit               |              | Cardiac Care Unit            |              |
| Burning Care Unit             |              | Oncology Unit                |              |
| Pediatric Intensive Care Unit |              |                              |              |

| Remarks | ملاحظات |
|---------|---------|
|         |         |
|         |         |
|         |         |
|         |         |
|         |         |

الوحدات المتخصصة مع تفصيل بعض الخدمات التخصصية المتوفرة لديهم

**SPECIALIZED UNITS**

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

