

## طلب أدوية مزمنة/ Medial Record

<b>Insured's Name</b> اسم المؤمن له/	.....	<b>Age/العمر</b>	.....
<b>Group/اسم المجموعة</b>	.....	<b>Contract/العقد رقم</b>	.....
<b>Guarantor/شركة التأمين</b>	.....	<b>Individual/الرقم الفردي</b>	.....
<b>Starting Date/تاريخ بدء العقد</b>	.....	<b>Expiry Date / تاريخ نهاية العقد</b>	.....
<p>بموجب هذا التصريح أوكل توكيلاً لا رجوع عنه شركتي التأمين و غلوب مد سورية (مندوبون ووكلاء إداريون) بالحصول على معلومات العلاج المذكور أدناه بالإضافة إلى جميع المعلومات الصحية المتعلقة بي، متنازلاً بالتالي عن حفي بالسرية الطبية لصالح شركة الضمان والوكيل الإداري ومندوبي شركة غلوب مد سورية</p> <p>الاسم : .....</p> <p>التاريخ: .....</p> <p>الإمضاء: .....</p>			

<b>To be completed by Treating Physician / تملئ من قبل الطبيب المعالج</b>	
<b>Dr./اسم الطبيب</b>	<b>Specialty/الاختصاص</b> .....
<b>Address/العنوان</b> .....	<b>Tel Nbr./رقم الهاتف</b> .....
<b>Diagnosis/التشخيص</b>	<b>Since When/تاريخ بدء المرض</b>
.....	.....
.....	.....
.....	.....

### Treatment Plan/العلاج:

Name of Medicine/اسم الدواء	Allowed Generic Substitute/البديل الدوائي	Dose/ عيار الدواء	Frequency/ الجرعة اليومية	Duration/مدة العلاج
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

Date/التاريخ: .../.../.....

Stamp & Signature of Treating Physician

إمضاء وختم الطبيب المعالج .....

<b>Reserved to GlobeMed Syria / خاص بغلوب مد سورية</b>	
<b>Approved by:</b>	Dr.....
<b>Date: .../.../.....</b>	<b>Signature: ...</b> .....

<b>Reserved To Guarantor's Relation Department/ خاص بغلوب مد سورية</b>			
<b>Administrative approval from Guarantor's Relation Department:</b>	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Excess
<b>Comments:</b> .....			
.....			
<b>Date: .../.../.....</b>	<b>Name:</b> .....	<b>Signature:</b> .....	