

# Al Salam Hospital Co. (s.a.k.) closed

Authorized and Paid up Capital KD. 13,081 Million-C.R. No. 25390

## TRUST

P.O. Box: 11023 Dasma

Kuwait 35151

Tel.: 1830003 - 22232000

Fax: 22540167

e-mail: humanresource@sih-kw.com

www.sih-kw.com

# شركة مستشفى السلام (ش.م.ك) مقفلة

ÇááíŸæÚ 13,081ááíæä ŸiäÇÑ ÆæíÉi-Ñpā ÇáÉÓlíá ÇáÉiÇÑí 25390

ثقتكم امانه

ص:ب: 11023 الدسة

الكويت 35151

تلفون: 1830003 - 22232000

فاكس: 22540167

## قائمة حساب Invoice (Detail)

16/7/2022

Medical No. 621052 Act.No. 7916705 **O/P**  
Patient Name ZAHRAA KHALED ABDULLAH DARWEEḤ Resource OPD-OB-SUNITA  
Financial Category Cigna-Microsoft Gulf Admission 16/07/2022 09:56:2Ḥ  
Attending Doctor Sunita Narayan Discharge

Currency KD

Date	Item Code	Item Description	Quantity	Unit Price	Total Price	Comp. Part	Receipt No
16/07/2022	MM0082	DEDUCTIBLE/CO-INSURANCE	1	5.000	5.000	0.000	10400570
<b>Total Price</b>	MISCELLANEOUS				<b>5.000</b>	<b>0.000</b>	
16/07/2022	OB0012	FREE FOLLOW UP	1	0.000	0.000	0.000	Not Paid
16/07/2022	OB0018	CONSULTATION AFTER ONE MONTH	1	35.000	35.000	35.000	10400570
16/07/2022	OB0025	IV INFUSION	1	15.000	15.000	0.000	10400741
16/07/2022	OB0019	ULTRASOUND (SONAR)	1	15.000	15.000	15.000	Not Paid
<b>Total Price</b>	GYNAECOLOGY				<b>65.000</b>	<b>50.000</b>	
16/07/2022	PHGD0212	PROCTOLYSYAL CREAM -30ML	1	18.500	18.500	18.500	Not Paid
16/07/2022	PHVT0159	PREGNASAFE FORTE SOFTGEL CAPSULE #8-1X30/PKT	1	10.750	10.750	10.750	Not Paid
16/07/2022	PHVT0276	FEROSOM FORTE CAPSULE #20001-1X20/PKT	2	16.900	33.800	33.800	Not Paid
16/07/2022	PHBD0107	FERINJECT SOLUTION 500MG #2998463-10ML	2	38.690	77.380	77.380	Not Paid
16/07/2022	PHVT0258	CALCI K2 PLUS TABLET #HE90001-60/PKT	1	12.750	12.750	12.750	Not Paid

### عزيزي المراجع :

- \* للطبيب المعالج الحق بإجراء الفحوصات الطبية والعلاج اللازم.
- \* الزيارة المجانية للعيادات الخارجية مره واحده خلال ثلاثة أيام عند نفس الطبيب عدا الجمعة والعطلات الرسمية.
- \* الزيارة المجانية في قسم الطوارئء العامه خلال اربع وعشرون ساعة فقط.
- \* مكتب التقارير الطبية و المرضيات في خدمتكم يوميا من الساعة 7 صباحا حتى العاشرة مساءً ماعدا ايام الجمعة والعطلات الرسمية.

### Dear Customer

- \* The Treating physician c has the right to conducting examination and necessary treatment.
- \* Free follow up is within 3 days one time for the same doctor and same medical condition. Except for Friday and public holiday.
- \* Free follow up in General causality within 24 hours.
- \* Medical reports & sick leave office provides its service from 7:00 am to 10:00 pm, except Friday and public holidays.

### إقرار وتعهد

أقر وأتعهد أنا الموقع أدناه بمسداد كامل المبلغ المدون أعلاه بهذا السند والمستحق لصالح شركة مستشفى السلام وذلك مقابل الخدمات الطبية والعلاجية المقدمة لي والتي تشمل كذلك الصيدلية والمختبر والأشعة ، وذلك في حالة تعذر تحصيلها من شركة التأمين لعدم شمول الخدمة المقدمة بوثيقة التأمين او زيادتها عن الحد الاقصى المقرر بالوثيقة.

### Undertaking

I the undersigned whilst in my legal capacity commit myself to pay the full amount mentioned above for treatment ( outpatient clinics of all specialities, radiology, laboratory & pharmacy) and services availed to al Salam hospital company which are excluded or that exceed the limit of the insurance policy and not paid by the insurance company as per the final bill issued by Al Salam hospital.

Patient Name/ Guardian

اسم المريض/ من ينوب عنه

Patient Signature/ Guardian

توقيع المريض/من ينوب عنه

Date

التاريخ

# Al Salam Hospital Co. (s.a.k..) closed

Authorized and Paid up Capital KD. 13,081 Million-C.R. No. 25390

## TRUST

P.O. Box: 11023 Dasma

Kuwait 35151

Tel.: 1830003 - 22232000

Fax: 22540167

e-mail:humanresource@sih-kw.com

www.sih-kw.com

# شركة مستشفى السلام (ش.م.ك) مقفلة

ذ قأآلآءÚ 13,081آآآءآ İřäÇÑ ßæíÊİ-Ñþä ÇáÊÓířá ÇáÊİÇÑí 25390

## ثقتكم امانه

ص:ب:11023 الدسة

35151 الكويت

تلفون: 1830003 - 22232000

فاكس: 22540167

## قائمة حساب

## Invoice (Detail)

16/7/2022

Medical No. 621052 Act.No. 7916705 O/P  
Patient Name ZAHRAA KHALED ABDULLAH DARWEEË Resource  
Financial Category Cigna-Microsoft Gulf Admission 16/07/2022 09:56:28  
Attending Doctor Sunita Narayan Discharge  
Currency KD

Date	Item Code	Item Description	Quantity	Unit Price	Total Price	Comp. Part	Receipt No
16/07/2022	PHGD0198	PECTIFLOR EFFERVESCENTS -20TAB	1	12.000	12.000	12.000	Not Paid

Total Price	PHARMACY				165.180	165.180	
-------------	----------	--	--	--	---------	---------	--

Discount						0.000	
Amount Due					235.180	215.180	
Tax						0	
Total Payments						0.000	
Patient Balance						0.000	

41.250

### عزيزي المراجع :

- \* للطبيب المعالج الحق بإجراء الفحوصات الطبية والعلاج اللازم.
- \* الزيارة المجانية للعيادات الخارجية مره واحده خلال ثلاثة أيام عند نفس الطبيب عدا الجمعة و العطلات الرسمية.
- \* الزيارة المجانية في قسم الطوارئ العامه خلال اربع وعشرون ساعة فقط.
- \* مكتب التقارير الطبية و المرضيات في خدمتكم يوميا من الساعة 7 صباحا حتى العاشرة مساء ماعدا ايام الجمعة و العطلات الرسمية.

### Dear Customer

- \* The Treating physician c has the right to conducting examination and necessary treatment.
- \* Free follow up is within 3 days one time for the same doctor and same medical condition. Except for Friday and public holiday.
- \* Free follow up in General causality within 24 hours.
- \* Medical reports & sick leave office provides its service from 7:00 am to 10:00 pm, except Friday and public holidays.

### إقرار وتعهد

أقر وأتعهد أنا الموقع أدناه بسداد كامل المبلغ المدون أعلاه بهذا السند و المستحق لصالح شركة مستشفى السلام و ذلك مقابل الخدمات الطبية و العلاجية المقدمة لي و التي تشمل كذلك الصيدلية و المختبر و الأشعة ، وذلك في حالة تعذر تحصيلها من شركة التأمين لعدم شمول الخدمة المقدمة بوثيقة التأمين او زيادتها عن الحد الاقصى المقرر بالوثيقة

### Undertaking

I the undersigned whilst in my legal capacity commit myself to pay the full amount mentioned above for treatment ( outpatient clinics of all specialities, radiology, laboratory & pharmacy) and services availed to al Salam hospital company which are excluded or that exceed the limit of the insurance policy and not paid by the insurance company as per the final bill issued by Al Salam hospital.

Patient Name/ Guardian اسم المريض/ من ينوب عنه

Patient Signature/ Guardian توقيع المريض/من ينوب عنه

Date التاريخ