

TRUST

P.O. Box: 11023 Dasma

Kuwait 35151

Tel.: 1830003 - 22232000

Fax: 22540167

e-mail: humanresource@sih-kw.com

www.sih-kw.com



ثقتكم امانه

ص:ب: 11023 الدسمة

الكويت 35151

تلفون: 22232000 - 1830003

فاكس: 22540167

قائمة حساب

Cash Voucher

d_zero,reset.pbl

Date	17/04/2022	Company	I0072	GlobeMed Ltd.
Reference No.	19668337			
Received By	BAHAAS			
Medical No.	506280	Act.No.	7749440	Financial Cat. I3233 GIC-AMERICANA(KuwaitFoodC
Patient Name	MOHAMMED ABDULRAZAQ MOHAMMED ALAWADI			

Attending Doctor	1238	Walid Mohammad Abdou Attia
Resource	1099	

Date	Charge Item	Qty.	Patient Part	Comp. Part	Commerical Dis.	Tax	Net
17/04/2022	FOLLOW UP FREE	1	0	0	0	0	0
17/04/2022	ALT (GPT)	1	0.9	8.1	0	0	0.9
17/04/2022	AST (GOT)	1	0.9	8.1	0	0	0.9
17/04/2022	COMPLETE BLOOD COUNT (CBC-)	1	1.6	14.4	0	0	1.6
17/04/2022	RFT- RENAL PROFILE (UREA,CRET,URI	1	4	36	0	0	4
17/04/2022	TSH - THYROID STIMULATING HORMOI	1	1.7	15.3	0	0	1.7
17/04/2022	URINE ROUTINE PARAMETERS & MICF	1	1	9	0	0	1
17/04/2022	COMPLETE CARDIAC BIOMARKER STU	1	5	45	0	0	5
17/04/2022	ECG	1	2.5	22.5	0	0	2.5
17/04/2022	GLUCOSE BLOOD TEST	1	0.8	7.2	0	0	0.8

Total Price	18.4	165.6	0	0	18.4
--------------------	-------------	--------------	----------	----------	-------------

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 مساءً ماعدا ايام الجمعة و العطلات الرسمية.

Dear Customer

- * The Treating physician has the right to conduct 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 بعلمي المسبق واتعهد أنا الموقع أدناه بسداد كامل المبلغ المدون أعلاه بهذا السند والمستحق لصالح شركة مستشفى السلام و ذلك مقابل الخدمات الطبية و العلاجية المقدمة لي و التي تشمل كذلك الصيدلانية و المختبر و الأشعة ، وذلك في حالة تعذر تحصيلها من شركة التأمين لعدم شمول الخدمة المقدمة بوثيقة التأمين او زيادتها عن الحد الأقصى المقرر بالوثيقة.

Undertaking

I, the undersigned was pre notified, commit myself, to pay the above mentioned amount, in this undertaking, for my treatment in outpatient clinics inclusive of all specialties - Radiology, Laboratory & pharmacy) and all other services availed in Al Salam Hospital Company, which are excluded or exceeds the insurance policy limit and is not paid by the insurance company.

Patient Name/ Guardian اسم المريض/ من ينوب عنه

Patient Signature/ Guardian توقيع المريض/من ينوب عنه

Date التاريخ