



شهر الإشتراك: _____ السنة: _____

يرجاء ارفاق صورة شخصيه
في حالة المشترك الجديد

طلب اشتراك ميدي كير الشرق الاوسط

رقم بطاقة الجامعة الامريكية:-----

C -

رقم ميدي كير :

البيانات الشخصية

الاسم : الجنس : ذكر () انثى () تاريخ الميلاد: / /
نوع الطلب: () اشتراك جديد () اضافة افراد الاسرة () رفع الحد الاقصى للتغطية () تجديد الاشتراك
الجنسية : الحالة الاجتماعية :
بطاقة شخصية - عائلية / جواز سفر رقم : تاريخ الاصدار : / / جهة الاصدار :
محل الإقامة : تليفون المنزل / المحمول:
الوظيفة الحالية : ادارة الجامعة الامريكية التابع لها :
مبنى الادارة / الشركة: تليفون العمل :
تصيلة الدم : اسم شخص يمكن الاتصال به في حالة الطوارئ:
العنوان : تليفون:

خدمة رد الأموال:

إسم البنك: الفرع:
إسم صاحب الحساب: رقم الحساب البنكي:

اسماء افراد الاسرة (يقتصر فقط على الزوجة والابناء المراد إحاقهم بخدمة المديكير على ان يتم مائ استمارة لكل فرد منهم):

الاسم :	تاريخ الميلاد :	صلة القرابة:
لاسم :	تاريخ الميلاد :	صلة القرابة:
الاسم :	تاريخ الميلاد :	صلة القرابة:
الاسم :	تاريخ الميلاد :	صلة القرابة:
الاسم :	تاريخ الميلاد :	صلة القرابة:

الحد الاقصى الذي ارغب فيه : () D-100,000 () C-75,000 () B-50,000 () A- 25,000

التاريخ المرضي للمشارك علي كل فرد من الاسرة ملئ التاريخ المرضي له في طلب منفصل :

العيوب الخلقية	نعم () لا ()
هل يوجد لديك امراض مزمنة؟	نعم () لا ()
في حالة الاجابة بنعم رجاء التوضيح :-	
ضغط الدم	
امراض القلب	
السكر	
امراض الصدر والحساسية	
الامراض العصبية والنفسية	
امراض الكبد	
امراض الكلى	
الغسيل الكلوي	
الروماتيزم	
الام المفاصل والعظام والظهر	
الاورام بانواعها	
امراض الجهاز الهضمي	
الادوية المستعملة حاليا	

توقيع المشترك : التاريخ:

هل تستخدم أجهزة تعويضية
هل تستخدم مساعدات بصرية
هل تستخدم مساعدات سمع
هل تستخدم موانع حمل

نعم () لا ()
نعم () لا ()
نعم () لا ()
نعم () لا ()

الاجراءات الطبية والعمليات الجراحية والاقامة بالمستشفيات
نوع الاجراء او العملية : تاريخ اجرائها : مدة الاقامة :
اسم الطبيب المعالج : المستشفى : التاريخ :

اقرار

قر ايضا بعلمى التام و التزامى ببنود التعاقد التالى نكرها و التى تنص على:

- * يكون اشتراك الميديكير سواء لمشاركين اساسيين او لاضافة افراد الاسرة او الإلغاءات متاحة على اساس سنوى، أى فى الأول من يوليو.
- * فى حالة طلب الإلغاء بسبب إنهاء العمل، وتم استخدام الخدمات الطبية بميديكير بقيمة أقل من 600 جنية منذ بدء العام التعاقدى (أى منذ الأول من يوليو)، يتم الإلغاء على أساس شهرى ويتم تسليم البطاقة الخاصة بميديكير. وفى حال استخدام 600 جنية أو أكثر، يقوم المشترك بدفع قيمة الاشتراك حتى آخر العام التعاقدى (أى نهاية يونية). وفى هذه الحالة، يقوم المشترك بتحمل حصتى الاشتراك (كل من حصته وحصه صاحب العمل) للفترة المتبقية وحتى نهاية السنة التعاقدية، أى حتى 30 يونية.
- * فى حالة استخدام الخدمات بزيادة عن الحدود القصوى للتغطية، يقوم المشترك بدفع هذه الزيادة بناءً على سياسة الجامعة الخاصة بهذا البند.
- * تستمر التغطية الطبية للمشاركين الرئيسيين وازواجهم حتى سن السبعين فقط وتكون متاحة للاطفال منذ تاريخ الميلاد (شاملة تغطية الحضانة للاطفال حديثى الولادة) وحتى سن 21 سنة، يمكن استمرار تغطية الابناء بعد ذلك السن بحد أقصى 25 سنة ، للذكورة شريطة ان يكونوا من الطلاب المنتظمين لكل الوقت والاناث شريطة ان يكن من غير المنزوجات. وفى حالة أى تغييرات متعلقة بذلك، أتعهد بإخطار الجامعة فوراً.
- * يسمح برفع شريحة التغطية الطبية السنوية فقط فى تاريخ تجديد التعاقد اى فى الأول من يوليو؛ على أن يتم تقديم الطلب قبل ثلاثة أسابيع من هذا التاريخ.
- * يسمح بخفض شريحة التغطية الطبية السنوية فقط لنو المعاشات والمشاركين بصفة إختيارية والمشاركين الذين يقومون بدفع الاشتراك كاملاً لأحد أفراد الأسرة.

وهذا اقرار مني بذلك.

التوقيع :

التاريخ :

يملا بمعرفة ادارة ميدي كير

مستنول المبيعات:

التاريخ :

التوقيع :

طريقة السداد :

نقدًا () شيك () تحويل بنكي ()

بطاقة ائتمان : ()

الاداره الماليه

مشترك اساسى	الزوجه	الاطفال	اسره	الاجمالى
.....

ملاحظات :

- 1-عدم استكمال البيانات السابقة يؤدي الي تاخير تسليم بطاقة العضوية لحين استكمالها 0
- 2-الإدلاء ببيانات غير صحيحة عن التاريخ المرضي يعطى لادارة ميدي كير الشرق الاوسط الحق في تحميل المشترك التكلفة الناشئة عن ذلك يعرضه لانهاء العضوية

الاداره التنفيذيه

الاداره الطبيه

	الامراض السابقه للتعاقد :
	تاريخ توقيع الكشف الطبى:
	ملاحظات:
	مقبول () غير مقبول ()
الاسم:	التوقيع :
اسم الطبيب:	التوقيع :
اعتماد مساعد المدير الطبى:	التوقيع :

مرفقات هامة :

على كل مشترك ان يرفق مع الطلب :-

1- صورة شخصية

2-صورة من اثبات الشخصية