KHALAF AL HABTOOR HOSPITAL
مستشفى خلف الحبتور

Date [illegible] / ٥ / ٢٠٢٣ في

Nom du patient : [illegible] إسم المريض :

عن المريض [illegible]

[illegible]

Nom du Médecin .... د. شادي [illegible] .... اسم الطبيب

Signature

Akkar-Hrar-06/865065 Email: Khabtoorhospital@gmail.com عكار حرار ٠٦ / ٨٦٥٠٦٥

NEXtCARE

70 544 871

Medical Report for Admission "Confidential"

To the kind attention of the attending physician. In order to issue an approval of coverage for the concerned beneficiary, we need you to correctly complete this medical report and address it as extremely confidential to NEXtCARE representative or offices by Fax to: 01 504021.-Should you have any questions, please contact NEXtCARE call Center at. 01 504020. We thank you for your cooperation.

Patient's Information

Patient's full name & DOB		Hospital's Name	
Admission Date		Procedure Date	
Consultation Date		UNHCR ID Number	947-12 C 11738

Past Medical History

Did your patient ever suffer or had been treated for any of the below systems? ☐ No ☐ Yes

If yes, kindly check which one/s and explain in the below explanatory paragraph (details)

☐ Cardiovascular system /Hypertension	☐ Genitourinary System (♀ & ♂)	☐ Skin and Subcutaneous tissues
☐ Diabetes /Endocrine System /Immunity	☐ Musculoskeletal System	☐ Congenital Anomalies
☐ Neoplasm	☐ Infectious Diseases	☐ Mental disorder
☐ Digestive System	☐ Blood and Blood forming organs	☐ Accidents and Injuries
☐ Respiratory System	☐ Pregnancy and Childbirth	☐ Others

Details:

Present Illness

History of the Disease and date of present symptoms onset and if accident, specify cause				
Preliminary Diagnosis				
Diagnosis tests already done				
	Lab Tests	**X-Ray**	**Ultrasound/Echography**	**Others (Scan, MRI, Consultations, etc.)**
Requested Diagnosis Tests				

Type of Admission ☐ Elective ☐ Urgent

Expected Hospital Stay .....Day(s)

Estimation Cost (US$)

Treatment Plan

☐ **Medical**

☐ **Chemotherapy** (Protocol, Drugs Name & Dosage, Number of Cycles)

☐ **Surgical**	**CPT MOH Code**	**Description**	**Anesthesia**
☐ **Open** ☐ **Laparo/Endoscopic**			☐ General ☐ Regional ☐ Local

Special Instruments/ Supplies ☐ YES ☐ NO	**MOH Code**	**Description**

Physician's Information

Full Name			**Specialty**		**Stamp & Signature**
Phone/fax		**Mobile**	**Date**	DD MM YYYY	

UNHCR
United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

70 549871

Rachid Karame International Fair
Facing Safadi Foundation
Tripoli - North Lebanon

Registration Certificate

شهادة تسجيل

ID:	947-00059936		
Date of Issue:	**11/03/2024**	**2024/03/11**	تاريخ الاصدار :
File Number:	**947-12C11738**	**947-12C11738**	رقم الملف :
Name:	**AL NAASAN, AREF MOHAMMAD ALI**	**عارف محمد علي بن هويش النعسان**	الأسم :
Date of Birth:	**10/02/1966**	**1966/02/10**	تاريخ الميلاد :
Country of Origin:	**Syrian Arab Republic**	**الجمهورية العربية السورية**	بلد الاصل :
Date of Registration	**05/12/2012**	**2012/12/05**	تاريخ التسجيل :

To Whom it May Concern

This is to certify that the above-named person is registered with the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), pursuant to its mandate.

This person's situation and contact information are known to the UNHCR who is ensuring extension of services to persons under its mandate. Any assistance accorded to the persons named herein would be most appreciated.

Questions regarding the information contained in this document may be directed to UNHCR at the address above.

This document is valid until: **11/03/2026**

The following dependents are also registered under the same file number:

AL NAASAN, Fteim Nasaan, Wife, 10/04/1972, ID: **947-00112866**
AL NAASAN, ABED AL MOUIN AREF, Son, 01/10/2004, ID: **947-00112857**
AL NAASAN, ABED AL KARIM AREF, Son, 01/02/2006, ID: **947-00112862**
AL NAASAN, HAJAR AREF, Daughter, 25/01/2009, ID: **947-00112863**
AL NAASAN, ABED AL HAKIM AREF, Son, 01/09/2011, ID: **947-00112864**
AL NAASAN, CHAYMA AREF, Daughter, 01/09/2012, ID: **947-00112865**
AL NAASAN, TAHANI AREF, Daughter, 16/09/2015 ID: **947-00298503**

إلى من يهمه الأمر

تؤكد أن الشخص المذكور أعلاه مسجل لدى مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وفقاً لولايتها.

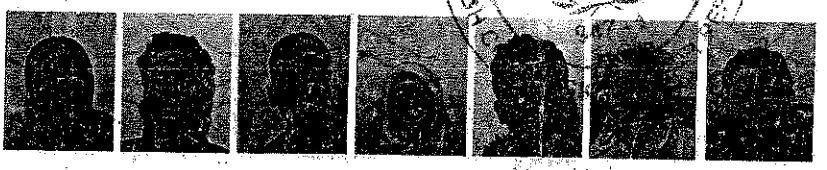
كما نؤكد على أن وضع الشخص المذكور أعلاه وبيانات الاتصال الخاصة به هي متوفرة لدى مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين التي تعمل لضمان تأمين الخدمات للأشخاص الذين تشملهم ولايتها. أي نوع من أنواع المساعدة التي تتوفر للأشخاص المدرجة أسماؤهم في هذه الوثيقة مرحب به كل الترحيب.

يمكن الاستعلام عن المعلومات الواردة في هذه الوثيقة من خلال الاتصال بمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين على العنوان الوارد أعلاه.

إن هذه الوثيقه صالحه حتى تاريخ: **11/03/2026**

ان الأشخاص المرافقين التالية اسماؤهم مسجلون ايضاً تحت نفس الرقم:

قطيم نعسان النعسان, زوجة, 10/04/1972,
عبد المعين عارف النعسان, ابن, 01/10/2004,
عبد الكريم عارف النعسان, ابن, 01/02/2006,
هاجر عارف النعسان, ابنة, 25/01/2009,
عبد الحكيم عارف النعسان, ابن, 01/09/2011,
شيماء عارف النعسان, ابنة, 01/09/2012,
تهاني عارف النعسان, ابنة, 16/09/2015



Secure Paper Serial No: **BA 13513350**

الجمهورية العربية السورية

وزارة الداخلية

بطاقة شخصية

الاسم: فطيم

النسبة: النعسان

اسم الأب: نعسان

اسم و نسبة الأم: خضره

محل و تاريخ الولادة: حمص ١٠-٤-١٩٧٢

الرقم الوطني: ٤٠١٠٠٢٤٧٣٤

٠٥٣٨٨٩٢٣

الأمانة: حمص

القيد: خالدية ٩٦٥

الجنس: أنثى لون الوجه: حنطي لون العينين: بني

العنوان: كفر عايا

العلامات المميزة: ثام

تاريخ المنح: ٢٨-٠٨-٢٠٠٣

Medical line

KHALAF HABTOOR HOSPITAL
مستشفى خلف الحبتور

395584

Patient Id	Patient's Name
96156	فطيم نعسان النعسان
Track No. A24520001	**Case No.** O-96070
Age 52Y 4M	**Gender** Female

Status	Admission Date
IN	20/05/2024
Physician د. Chadi Al Ali	**Ref. Physician**
Request Date 20/05/2024	**Print Date** 23/05/2024

Radiology Department

X-ray

A S P

Right side double J stent is noted.
Bilateral renal stones.

مستشفى خلف الحبتور – حرار
رئيس قسم الأشعة
الدكتور حسان طالب

AKKAR - HRAR - 06/865065 - Email : Khabtoorhospital@gmail.com عكار -حرار