

الرجاء قراءة التعليمات في الخلف قبل تعبئة النموذج

1. رقم بطاقة ضمان:	2. اسم حامل البطاقة :
3. اسباب / ظروف العلاج خارج شبكة مقدمي الخدمة: <input type="checkbox"/> طوارئ <input type="checkbox"/> طبيب العائلة <input type="checkbox"/> اختيار شخصي <input type="checkbox"/> عدم توفر الخدمة في مكان اخر <input type="checkbox"/> عطلة / رحلة عمل خارج الإمارات <input type="checkbox"/> أسباب أخرى:	

المبلغ	وصف الخدمة	التاريخ	رقم الفاتورة	4. اسم وعنوان مقدم الخدمة (انظر التعليمات في الخلف)

الإجمالي

العملة (في حال تلقي العلاج خارج الدولة)

5. إقرار:

أشهد أنا الموقع أدناه أن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وأن التعويض المطلوب هو نظير نفقات دفعت من قبلي لغرض علاج حالتي المغطاة. وأنا بذلك أوافق أن تدفع شركة ضمان النفقات المستحقة مباشرة إلى حامل الوثيقة وبالعملة المحلية (درهم اماراتي).

أنا أصرح لأي طبيب، مستشفى، عيادة أو مقدم خدمة طبية، أي شركة تأمين أو أي شركة أخرى، مؤسسة أو أي شخص آخر لديه أي سجلات أو معلومات عني و/أو عن أي من أفراد عائلتي بأن يزودوا الشركة الوطنية للضمان الصحي – ضمان بالمعلومات الكاملة والتي تشمل نسخا عن سجلاتهم مع الإشارة إلى أي علة أو حادث، أي علاج، فحص، نصيحة طبية أو مكوث في المستشفى أو أي معلومة أخرى تطلبها شركة ضمان.

أنا على دراية تامة بأن أي شخص يقوم – متعمدا- بتقديم مستندات و/أو معلومات خاطئة و/أو مضللة بهدف الحصول على تعويض من ضمان هو عرضة للمحاسبة.

الاسم: التوقيع: التاريخ: الهاتف: صلة القرابة بحامل البطاقة:

6. المعلومات الطبية (يتم تعبئتها من قبل الطبيب المعالج في حالات العيادات الخارجية، أما بالنسبة للعمليات الجراحية أو المكوث في المستشفى يجب ارفاق تقرير طبي).

السوابق المرضية / الشكوى الرئيسية: التشخيص:

خطة العلاج: تاريخ الزيارة:

أصرح بأنني قد عانيت هذا المريض وأن التفاصيل المذكورة من قبلي هي صحيحة ودقيقة حسب معرفتي.

اسم وتوقيع الطبيب: التاريخ: الختم:

7. خاص بصاحب العمل (يتم مصادقته من قبل قسم الموارد البشرية / منسق التأمين)

هل الحالة المذكورة أعلاه إصابة عمل؟ لا نعم (الرجاء ذكر التفاصيل)

سيتم استلام الشيك من قبل: صاحب العمل الموظف شخص آخر (الرجاء تسميته)

الاسم والتوقيع: التاريخ: الختم: الرقم المرجعي:

تعليمات عامة وإلزامية

1. يمكن استخدام هذا النموذج لجميع البرامج الطبية، يجب تعبئة هذا النموذج بالكامل من قبل العضو المؤمن عليه و فقط في حال عدم تقديم المطالبة من قبل مقدم الخدمة نيابة عنهن
إذا كانت المسؤولية القانونية فيما يخص إصابة أو مرض للعضو المؤمن عليه تقع على عاتق طرف آخر (شركة تأمين أخرى – شركة – فرد ... الخ) يجب عدم تقديم المطالبة إلى شركة ضمان (الرجاء تزويدنا بالتفاصيل).
2. الرجاء قراءة النموذج بعناية والتأكد من استكمال البيانات ذات الصلة، علماً أن الشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان تتمسك بحقها في رفض أي مطالبة تعويض غير مستوفية لكافة البيانات أو تفتقر لأي من المستندات المطلوبة والمنصوص عليها في (5) أدناه.
3. استخدم نموذجاً منفصلاً لكل شخص مؤمن عليه لدى ضمان. يمكن الحصول على نموذج جديد من موقعنا على شبكة الإنترنت وهو www.damanhealth.ae أو عند تسليم المطالبة إلى موظف مساندة العملاء في أي من فروع الشركة الوطنية للضمان الصحي – ضمان
4. حرصاً على تسريع هذا الإجراء، الرجاء إرفاق الوثائق التالية مع نموذج مطالبة التعويض بعد تعبئته بعناية:
الوثائق الأساسية:
 - الفواتير الأصلية مفصلة ومؤرخة
 - أصل الوصفة الطبية
 - نتائج الفحوصات الطبية والشعاعية التي يزيد تكلفتها عن 1000 درهم إماراتي.متطلبات إضافية لما ذكر أعلاه:
حالات المكوث في المستشفى:
تقرير طبي / تقرير خروج مختوم وموقع من قبل الطبيب المعالج.
حالات العلاج خارج دولة الإمارات:
- نسخة عن جواز السفر موضحة تاريخ الدخول والخروج أو أي إثبات آخر (مثلاً: إيصال البطاقة الإلكترونية...) لحالات المكوث في المستشفى و / أو عند الطلب.
5. الرجاء الاحتفاظ بنسخ الايصالات والوثائق المرفقة مع نموذج المطالبة لأن ضمان لن تقوم بإعادة النسخ الأصلية.
6. يجب تسليم مطالبات التعويض إلى شركة ضمان اعتباراً من تاريخ تلقي الخدمة وعلى النحو التالي:
 - خلال 60 يوماً في حال تلقي الخدمة داخل الإمارات وخارج شبكة مقدمي الخدمة.
 - خلال 90 يوماً في حال تلقي الخدمة خارج الإمارات وخارج شبكة مقدمي الخدمة.
7. من أجل تسوية سريعة و فورية للمطالبات، يرجى تسليمها مباشرة إلى موظف مساندة العملاء في أي من فروع الشركة الوطنية للضمان الصحي – ضمان.
لمزيد من المعلومات أو المساعدة في تعبئة النموذج
يرجى الاتصال على – 800 4 32626 من داخل دولة الإمارات العربية المتحدة أو على +971 2 6149555 من خارج دولة الإمارات العربية المتحدة

تعليمات تعبئة النموذج

- 2&1. الرجاء كتابة اسمك ورقم بطاقة ضمان كما هو مذكور على بطاقة ضمان الخاصة بك.
3. الرجاء ذكر الأسباب التي حالت دون استخدامك لبطاقة ضمان الخاصة بك لدى أي من مقدمي الخدمة ضمن الشبكة الطبية (هذه المعلومات هامة لتحديد تغطية وثيقة التأمين الخاصة بك).
4. اسم مقدم الخدمة وعنوانه – الرجاء استخدام أكثر من سطر إذا اضطررت لتعبئة المعلومات الخاصة بكل مقدم خدمة تمت زيارته.
رقم الفاتورة – الرجاء كتابة الرقم المرجعي لكل فاتورة / إيصال لكل خدمة على حدى.
تاريخ الخدمة – الرجاء كتابة تاريخ تلقي الخدمة مقابل كل فاتورة.
وصف الخدمة – الرجاء ذكر نوع الخدمة (كشف / أدوية / فحوصات / علاج فيزيائي / أسنان / مكوث في المستشفى).
المبلغ – الرجاء كتابة المبلغ كما هو مذكور في الفاتورة.
- الاجمالي – اجمالي مبلغ كل الفواتير المرفقة مع هذه المطالبة إلى ضمان من أجل التعويض.
العملة – اسم العملة التي تم الدفع بها لقاء الخدمات.
5. التصريح – الرجاء كتابة اسمك ، توقيعك ، التاريخ ، هاتفك ، وصلة القرابة بحامل البطاقة.
6. المعلومات الطبية – اطلب من طبيبك كتابة معلومات كافية عن حالتك المرضية وخطة العلاج.
7. القسم الخاص بصاحب العمل – الرجاء ذكر اسم الشخص المصرح له باستلام الشيك المدفوع لهذه المطالبة.