

Medical Consent Form

نموذج موافقة بالإفصاح عن المعلومات الطبية



Medical Consent Form نموذج الموافقة الطبية

| | | | | | |
|----------------------------|---|---------------------|------------------------------|---|--------------------|
| Patient Name اسم المريض | : | Vision Test Patient | Emirates ID هوية الإمارات | : | 784-6987-5266587-7 |
| File No رقم الملف | : | 2 | DOB تاريخ الميلاد | : | 2020-06-17 |
| Gender جنس | : | Female | Doctor's Name اسم الطبيب | : | Alan Alfred |
| | | | Date تاريخ | : | 2023-11-27 |

I, the undersigned, do hereby authorise the National Health Insurance Company – Daman PJSC ('Daman') to:

- Have access to and take copies of all my files and records at any time relating to any healthcare services provided to me for services rendered under my Daman card;
- Disclose my personal information and information related to my medical files and records to third parties for reasons related to insurance including but not limited to the processing of my medical claims, research/statistical purposes or to prevent/control fraudulent or improper claims;
- Consult with and/or require me to attend a second opinion consultation or case management review with regard to the coverage of certain benefits as per my health insurance coverage.

أنا الموقع أدناه أؤوض الشركة الوطنية للتأمين الصحي - ضمان ش.م.ع ('ضمان') للقيام بما يلي:


- الوصول إلى جميع ملفاتي وسجلاتي وأخذ نسخ منها في أي وقت فيما يتعلق بأي خدمات رعاية صحية مقدمة لي مقابل الخدمات المقدمة بموجب بطاقة ضمان الخاصة بي.
- الكشف عن معلوماتي الشخصية والمعلومات المتعلقة بملفاتي وسجلاتي الطبية لأطراف ثالثة لأسباب تتعلق بالتأمين بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، معالجة مطالباتي الطبية أو الأغراض البحثية/الإحصائية أو لمنع/مكافحة المطالبات الاحتيالية أو غير السليمة؛
- التشاور مع و/أو مطالبتني بحضور استشارة الرأي الثاني أو مراجعة إدارة الحالة فيما يتعلق بتغطية مزايا معينة وفقاً لتغطية التأمين الصحي الخاص بي.


This consent is valid at any healthcare provider, including but not limited to hospitals, medical centres, clinics, laboratories, diagnostic centres, rehabilitation centres, home nursing and pharmacies.

هذه الموافقة صالحة في أي مقدم رعاية صحية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر المستشفيات والمراكز الطبية والعيادات والمختبرات ومراكز التشخيص ومراكز إعادة التأهيل والتمريض المنزلي والصيدليات.

Daman will ensure the confidentiality of all information it receives in relation to this consent as required by the UAE law.

ستضمن ضمان سرية جميع المعلومات التي تتلقاها فيما يتعلق بهذه الموافقة وفقاً لما يقتضيه قانون دولة الإمارات العربية المتحدة

| | | |
|--------------------|---|---------------|
| Patient Signature: |  | توقيع المريض: |
| Name: | Vision Test Patient | اسم: |

| | | |
|---|---|--|
| Relationship (If signing on behalf of a minor or an incapacitated member): | te | العلاقة : (في حالة التوقيع نيابة عن عضو قاصر أو عاجز) |
| Emirates ID No : | 784-6987-5266587-7 | رقم الهوية الإماراتية: |
| Daman/Thiqa ID No : | 1 | رقم هوية الضمان/ثقة: |
| Date : | 2023-11-27 | تاريخ: |
| Mobile No : | 971569874589 | رقم المحمول: |
| For Provider Use Only لاستخدام مزود الخدمات فقط | | |
| Recipient Name : | te | اسم المستلم: |
| Position : | te | موضع: |
| Signature : |  | إمضاء: |
| Date : | 2023-11-27 | تاريخ: |