Medical Consent Form

نموذج موافقة بالإفصاح عن المعلومات الطبية

ضمان
Daman

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

أنا الموقع أدناه، أفوض الشركة الوطنية للضمان الصحي – ضمان (ش.م.ع) المشار لها فيما بعد بـ "ضمان" بـ:

- 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;

- اللإطلاع و الحصول على نسخ من جميع الملفات والسجلات الطبية الخاصة بي في أي وقت والمتعلقة بخدمات الرعاية الصحية المقدمة لي بموجب بطاقة ضمان للتأمين الصحي.

- 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;

- كما أنني أفوض ضمان بالكشف عن المعلومات الشخصية والمعلومات الطبية الخاصة بي للغير "وفقا لما تراه مناسبا" لدواعي متعلقة بالتأمين الصحي بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مقتضيات أداء ومعالجة المطالبات الطبية الخاصة بي، تلبية أغراض البحث والاستقصاء الإحصائي و/أو منع و ضبط حالات الإحتيال والمطالبات الخاطئة.

- 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.

- طلب مني مراجعة طبيب لأخذ رأي طبي ثاني و/أو التشاور مع طبيب ثاني أو لمراجعة ملفي من قبل إدارة الحالات الطبية فيما يتعلق بتغطية منافع معينة وفقا للتغطية التأمينية الخاصة 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.

وأقر بأنني على دراية بأن هذه الموافقة تعتبر سارية ومعمول بها لدى أي مزود خدمات، بما في ذلك على سبيل الذكر وليس الحصر، المستشفيات، المراكز والعيادات الطبية، المختبرات الطبية والمراكز التشخيصية 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.

تكفل ضمان المحافظة على سرية جميع المعلومات التي تتلقاها بموجب هذا الإقرار ووفقا لما هو منصوص عليه في القوانين المعمول بها في دولة الإمارات العربية المتحدة.

Signature: **التوقيع:**

Name: **الاسم:**

Relationship (if signing on behalf of a minor or an incapacitated member): **الصلة: (إذا كان التوقيع بالنيابة عن شخص قاصر أو فاقد الأهلية)**

Emirates ID No: **رقم هوية الامارات:**

Daman/Thiqa Card No: **رقم بطاقة ضمان/ ثقة:**

Mobile No: **رقم الهاتف المتحرك:**

Date: **التاريخ:**

For Provider Use Only — لاستخدام مزود الخدمات فقط

Recipient Name: **اسم المستلم:**

Position: **الوظيفة:**

Signature: **التوقيع:**

Date: **التاريخ:**