

APPEAL FORM

استمارة تظلم

Appeal Field	مجال التظلم:
<input type="checkbox"/> Facility Application <input type="checkbox"/> Third Party Administration Company <input type="checkbox"/> Insurance Company <input type="checkbox"/> Others, please specify .....	<input type="checkbox"/> مقدم خدمات طبية <input type="checkbox"/> شركة ادارة مطالبات الطرف الثالث <input type="checkbox"/> شركة تامين <input type="checkbox"/> آخرون، يرجى تحديد .....
Health Care Provider Name: ..... Firm or Company Name: ..... Person's Name /others: .....	اسم مقدم الخدمات الطبية..... اسم الشركة..... اسم الفرد/ آخرون .....
Formal Violation letter receiving date: -- / -- / -- Formal Violation reference No: ..... Date of applying for Appeal: -- / -- / ----	تاريخ استلام المخالفة الرسمية: --- / --- / --- رقم مرجع المخالفة الرسمية: ..... تاريخ تقديم طلب التظلم: --- / --- / ---

Appeal Details	تفاصيل التظلم من جهة مقدم الطلب
The Proposed Solution	الحل المقترح من جهة مقدم الطلب

Applicant Details	تفاصيل مقدم الطلب
Name: .....	الاسم: .....
Designation: .....	المسمى الوظيفي: .....
Email Address: .....	البريد الإلكتروني: .....
Contact No: .....	رقم التواصل: .....
GENERAL INSTRUCTIONS & CONDITIONS	إرشادات عامة
Please read the form carefully and make sure to complete all information correctly and duly sign the form	يرجى قراءة استمارة التظلم بعناية والتأكد من استكمال جميع المعلومات بشكل صحيح مع التوقيع على الاستمارة
1. Kindly submit the following essential documents along with your filled Appeal Form:	1. يرجى تقديم الوثائق الأساسية التالية جنباً إلى جنب مع نموذج التظلم المقدمة الخاص بك:
➤ The Violation Letter	➤ رسالة المخالفة
➤ For Health Care facility or Company, the letter of Appeal should be typed in the official letterhead, stamped, dated and signed	➤ يجب على منشآت الرعاية الصحية أو مزودي الخدمات الطبية/ أو الشركات كتابة خطاب التظلم في ورقة رسمية مختومة وموقعة
➤ Any documents that support your appeal	➤ أية وثائق أخرى من جانبكم تدعم التظلم
2. Appeal Application Form with the attached documents must be submitted within 30 days of receiving Disciplinary action/ results/ violation to Health Funding Department Office- located in Society of Engineers- Bldg first floor- Al Mamzar, Dubai	2. يجب تقديم نموذج التظلم مع الوثائق المرفقة خلال 30 يوماً من تاريخ استلام المخالفة/العقوبة/النتيجة الى مكتب إدارة التمويل الطبي-مبنى جمعية المهندسين الطابق الأول - الممزر-دبي
3. Only one Appeal is accepted per case	3. يتم قبول تظلم واحد فقط لكل حالة
4. Appeal outcome is final	4. نتيجة التظلم نهائية وغير خاضعة للطعن
I confirm that all details provided in this form are correct & I accept the conditions of submitting Appeal	أقر بأن جميع المعلومات الواردة في الطلب صحيحة ووافقت على شروط تقديم التظلم
Name and Signature: .....	الاسم والتوقيع: .....
Date and Stamp:	التاريخ والختم:

For HFD Official Use Only:

للاستخدام الرسمي من قبل إدارة التمويل الصحي

Received by:	Date:	Reference No: HFD/FWA/
--------------	-------	------------------------