

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 (60 words only)	تفاصيل التظلم من جهة مقدم الطلب (60 كلمة فقط)
The Proposed Solution (60 words only)	الحل المقترح من جهة مقدم الطلب (60 كلمة فقط)

Applicant Details (Authorized Signatory)	تفاصيل مقدم الطلب (المخول بالتوقيع)
<p>Name:</p> <p>Designation:</p> <p>Email Address:</p> <p>Contact No:</p>	<p>الاسم:</p> <p>المسمى الوظيفي:</p> <p>البريد الإلكتروني:</p> <p>رقم التواصل:</p>
Conditions for Accepting Appeal	شروط قبول التظلم
<p>Please read the form carefully and make sure to complete all information correctly and duly sign the form</p> <p>1. Appeal Application Form with the attached documents must be submitted within 30 days of receiving Disciplinary action/ results/ violation to Dubai Health Insurance Corporation Office- located in Society of Engineers- Bldg first floor- Al Mamzar, Dubai</p> <p>2. Kindly submit the following essential documents along with your filled Appeal Form within 30 days of receiving violation and requiring that all documents submitted <u>must</u> be translated into Arabic:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Copy of the Violation Letter ○ The letter of Appeal should be typed in the official letterhead, stamped, dated and signed by a licensee or Authorized delegate ○ Copy of authorized legal authority to authorize signature ○ Copy of DHA Facility License ○ Any documents that support your appeal <p>3. Only one Appeal is accepted per case</p> <p>4. Appeal form and required documents to be submitted through the below email: DHICaudit@dha.gov.ae</p> <p>Notes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Appeal outcome is final ○ If the appealed party pay the amount of fine during the appeal process and before the issuance of the appeal committee decision, the paid amount is not refundable and the appeal is considered canceled 	<p>يرجى قراءة استمارة التظلم بعناية والتأكد من استكمال جميع المعلومات بشكل صحيح مع التوقيع على الاستمارة</p> <p>1. يجب تقديم نموذج التظلم مع الوثائق المرفقة خلال 30 يوما من تاريخ استلام المخالفة/العقوبة/النتيجة الى مؤسسة دبي للضمان الصحي-مبنى جمعية المهندسين الطابق الأول -الممزر-دبي</p> <p>2. يرجى تقديم الوثائق الأساسية التالية جنبا إلى جنب مع نموذج التظلم المقدمة الخاص بك خلال 30 يوم من تاريخ استلام المخالفة وعلى أن تكون جميع المستندات المرفقة باللغة العربية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ نسخة من رسالة المخالفة ○ كتابة خطاب التظلم في ورقة رسمية مختومة وموقعة من الشخص المخول مضافا إليه التاريخ ○ صورة عن التوكيل القانوني المصدق للمخول بالتوقيع ○ صورة عن ترخيص المنشأة صادرة من هيئة الصحة بدبي ○ أية وثائق أخرى من جانبكم تدعم التظلم <p>3. يتم قبول تظلم واحد فقط لكل حالة</p> <p>4. يتم تقديم الطلب والوثائق من خلال البريد الإلكتروني التالي: DHICaudit@dha.gov.ae</p> <p>الملاحظات:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ نتيجة التظلم نهائية وغير خاضعة للطعن ○ في حال قيام المتظلم بتسديد قيمة المخالفة أثناء النظر في طلبه وقيل صدور القرار النهائي من لجنة التظلمات فإن المبلغ المدفوع من قبل المتظلم غير قابل للاسترداد ويعتبر التظلم لاغيا

<p><input type="checkbox"/> I am the undersigned, I certify that I am the authorized body that has the authority to submit this request to the Dubai Health Insurance Corporation and I confirm that all details provided in this form are correct & I accept the conditions of submitting Appeal</p> <p>Name and Signature:</p>	<p><input type="checkbox"/> أنا الموقع أدناه، أقر أنني الشخص المخول الذي لديه السلطة لتقديم هذا الطلب لمؤسسة دبي للضمان الصحي وأقر بأن جميع المعلومات الواردة في الطلب صحيحة ووافقت على شروط تقديم التظلم</p> <p>الاسم والتوقيع:</p>
<p>Date and Stamp:</p>	<p>التاريخ والختم:</p>
<p>For DHIC Official Use Only: Received by:</p>	<p>للاستخدام الرسمي من قبل مؤسسة دبي للضمان الصحي Reference No: DHIC/FWA/</p>