Contract between Insurance Company and Provider

Terms and Conditions of Agreement ("The Agreement")

عقد بين شركة التأمين الصحي ومزوّد خدمة الرعاية الصحية بنود وشروط الاتفاقية ("الاتفاقية")

This Agreement is entered into by both parties on **01/11/2011 ("Effective Date")**

أبرمت هذه الاتفاقية من قبل كل من الطرفين في **2011/11/01** ("تاريخ السريان")

By and between:

من قبل وبين:

First Party:

الطرف الأول:

Insurance Company Name:	**National Health Insurance Company - Daman P.J.S.C**	الشركة الوطنية للضمان الصحي (ضمان) ش.م.ع	اسم شركة التأمين:
Represented by:	**Dr. Jad Aoun**	د. جاد عون	ويمثلها:
Located:	**Millennium Tower – Hamdan Street**	عمارة برج الملينيـــوم – شارع حمدان	ومقرها:
Abu Dhabi Tel No.:	**02-6149720**	**02-6149720**	أبو ظبي هاتف رقم:
Email Address:	**PRDqueries@damanhealth.ae**	**PRDqueries@damanhealth.ae**	البريد الإلكتروني:
HAAD License No.:	**A001**	**A001**	رقم الترخيص الصادر من الهيئة:
Fax No.:	**02-6149775**	**02-6149775**	فاكس رقم:

Second Party:

الطرف الثاني:

Provider Name:	**Amrita Medical Centre**	مركز عمريتا الطبي	اسم المزوّد:
Represented by:	**Dr. Abdul Kareem Ismail Hasan Al Ramahi**	د. عبد الكريم اسماعيل حسن الرمحي	ويمثله:
Located:	**Zayed 1st Street, Private Real Estate Administration Building**	شارع زايد الاول، بناية ادارة العقارات الخاصة	ومقره:
Abu Dhabi Tel No.:	**02 - 6661555**	**02 - 6661555**	أبو ظبي هاتف رقم:
Email Address:	**headinsurance@amritamedicals.com**	**headinsurance@amritamedicals.com**	البريد الإلكتروني :
HAAD License No.:	**MF1124**	**MF1124**	رقم الترخيص الصادر من هيئة الصحة - ابوظبي:
Fax No.:	**02 - 6659900**	**02 - 665990**	فاكس رقم:

Article 1: Introduction and Period

البند 1: المقدمة والمدة

1.1 Introduction: This Agreement sets forth the terms and conditions under which the Provider shall receive payment by the IC in return for providing Healthcare Services to the Beneficiaries, as defined in and upon the terms and conditions set out in this Agreement.

1.1 المقدمة: تنص هذه الاتفاقية على البنود والشروط التي سيستلم المزوّد بموجبها الدفعات من شركة التأمين مقابل تقديم خدمات الرعاية الصحية إلى المستفيدين، كما هو محدد وبموجب البنود والشروط المبينة في هذه الاتفاقية

1.2 Period: Subject to Article 10, this Agreement shall commence on the Effective Date and continue until **31 December 2011**. Thereafter this Agreement shall be renewed from **1 January 2012** to **31 December 2012** (Gregorian), and shall be automatically renewable for similar successive periods.

2.1 المدة: مع مراعاة البند رقم 10 ، تبدأ هذه الاتفاقية بتاريخ السريان وتستمر لغاية **31 ديسمبر 2011**. ويتم تجديدها بعد ذلك من **1 يناير 2012** إلى **31 ديسمبر 2012** (ميلادية)، وتكون قابلة للتجديد تلقائيا لفترات مماثلة متتالية.

Article 2: Definitions

البند 2: التعريفات

Abu Dhabi: The Emirate of Abu Dhabi

أبو ظبي: إمارة أبو ظبي

Abuse: Member or Provider practices that are inconsistent with sound fiscal, business, or medical practices, and result in an unnecessary cost to the Payer, or in reimbursement for services that are not medically necessary or that fail to meet professionally recognized standards for healthcare. In contrast to healthcare Fraud, Abuse is not a criminal in intent.

إساءة الإستخدام : ممارسات الأعضاء أو المزوّدين غير المتسقة مع الممارسات المالية أو التجارية أو الطبية السليمة والتي تؤدي إلى تكلفة غير ضرورية على الدافع، أو إلى سداد نظير خدمات غير ضرورية من الناحية الطبية، أو التي لا تلبي المعايير المهنية المعترف بها في مجال الرعاية الصحية. وعلى العكس من الإحتيال في مجال الرعاية الصحية، فإن إساءة الإستخدام لا تنطوي على قصد جنائي.

Admission: Registration & admittance of a Beneficiary, at a Provider authorized by IC, to whom Healthcare Services provided

الدخول: تسجيل وإدخال المستفيد إلى منشأة تابعة لمزوّد خدمة مخوّل من قبل شركة التأمين، حيث تقدم له خدمات الرعاية الصحية.

Agreement: This document and all appendices hereto which form an integral part of this Agreement.

الاتفاقية: هذه الوثيقة وكافة ملحقاتها التي تشكل جزءا لا يتجزأ منها.

Beneficiary: Each and every insured person receiving or entitled to receive Healthcare Services by a Network Provider in accordance with the Schedule of Benefits.

المستفيد: كل شخص مؤمّن عليه يتلقى أو يكون مستحقا لتلقي خدمات الرعاية الصحية من قبل مزوّد الشبكة وفقا لجدول المنافع.

Billing Records: Refers to billing information including invoices submitted to the IC by the Provider.

سجلات الفوترة: تشير إلى معلومات الفواتير بما في ذلك الفواتير المقدمة إلى شركة التأمين من قبل المزوّد.

Claim(s): The request by the Provider to the Insurance Company for payment for Healthcare Services rendered to a Beneficiary in accordance with this Agreement and the Rules of HAAD. Services provided during the course of a patient's encounter should be submitted together under the same claim.

المطالبة/المطالبات: الطلب المقدم من المزوّد إلى شركة التأمين للدفع نظير خدمات الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيد وفقا لهذه الاتفاقية وللنظم السارية لدى هيئة الصحة- أبوظبي. ويجب أن تشمل المطالبة جميع الخدمات المقدمة للمريض عند قيامه بزيارة المزوّد طلبا للعلاج.

Co-Payment: The percentage stated in the Schedule of Benefits or the membership Card which a Beneficiary is required to pay directly to the Provider each time a certain type of Healthcare Service is received.

نسبة التحمل: النسبة المئوية المذكورة في جدول المنافع أو بطاقة العضوية والتي يطلب من المستفيد دفعها بشكل مباشر إلى المزوّد في كل مرة يتلقى فيها نوعا معينا من خدمة الرعاية الصحية.

Covered Services: Healthcare Services for which the IC is obligated to pay, either in whole or in part, pursuant to the Law, this Agreement or Schedule of Benefits

الخدمات المشمولة: خدمات الرعاية الصحية التي تكون شركة التأمين ملزمة بالدفع نظيرها، كليا أو جزئيا، بمقتضى القانون وهذه الاتفاقية أو جدول المنافع.

Day Care: Have the description given thereto in the Data Dictionary & the Clinical Coding Steering committee.

الرعاية النهارية: تأخذ الوصف المعطى لها في معجم البيانات واللجنة التوجيهية للترميز الإكلينيكي.

Deductible: Having regards to the Rules, a fixed monetary amount stated in the Schedule of Benefits or the Membership Card which a Beneficiary is required to pay to the Provider when receiving Healthcare Services under the Schedule of Benefits.

مبلغ التحمل: مع مراعاة ما تنص عليه النظم، مبلغ مالي محدد مذكور في جدول المنافع أو بطاقة العضوية، والمطلوب أن يدفعه المستفيد إلى المزوّد عند تلقيه خدمات الرعاية الصحية بموجب جدول المنافع.

Direct Billing: An arrangement, in compliance with the Rules, used by Network Providers for submitting a Claim directly to IC for the payment of the fees of the Provider for the Healthcare Services provided to the Beneficiary in accordance with the Schedule of Benefits, subject to, where applicable, the Beneficiary having paid the applicable Co-Payment and Deductibles

الفوترة المباشرة: نوع من الترتيبات، يتم بموجب النظم السارية، ويستخدم من قبل مزوّدي الشبكة لتقديم مطالبة بشكل مباشر إلى شركة التأمين لدفع مستحقات المزوّد عن خدمات الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيد وفقا لجدول المنافع مع مراعاة، حيثما يكون ذلك منطبقا، أن يكون المستفيد قد قام بسداد نسبة ومبلغ التحمل المتوجب.

Emergency Service: Have the definition contained in the Data Dictionary & the Clinical Coding Steering committee.

خدمة الطوارئ: تحمل التعريف الوارد في معجم البيانات واللجنة التوجيهية للترميز الإكلينيكي.

Encounter: Have the definition contained in the Data Dictionary at the HAAD website.

الزيارة: تحمل التعريف الوارد في معجم البيانات في الموقع الإلكتروني لهيئة الصحة - أبوظبي

Fraud: means an intentional act of deception by any person which has as its purpose the objective of:

الإحتيال: تصرف متعمد ينطوي على خداع من قبل أي شخص ويهدف إلى:

(1)Obtaining a (financial or other) benefit or advantage relating to health insurance under this Agreement; or

(1) الحصول على منفعة أو ميزة (مالية أو سواها) تتعلق بالتأمين الصحي بموجب هذه الاتفاقية، أو

(2)Causing or exposing another person to a (financial or other) loss or disadvantage related to the operation of this Agreement, whether or not that act, in fact achieves its intended purpose.

(2) تعريض شخص آخر أو التسبب له بخسارة أو فقدان ميزة (مالية أو سواها) تتعلق بعمل هذه الاتفاقية، سواء حقق ذلك التصرف الغرض المقصود منه أم لا.

HAAD: The Health Authority – Abu Dhabi.

هيئة الصحة: هيئة الصحة – أبوظبي.

Healthcare Services: Healthcare Services provided by a licensed Medical Facility or an entity licensed to provide Health Care services including, without limitation, all Inpatient, Outpatient, Day Care, Home Care and medicine.

خدمات الرعاية الصحية: خدمات الرعاية الصحية المقدمة من قبل منشأة طبية مرخصة أو كيان مرخص لتقديم خدمات الرعاية الصحية بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، جميع المرضى الداخليين في المستشفيات ومرضى العيادات الخارجية والرعاية النهارية والرعاية المنزلية والأدوية.

Home Care: That complies with the requirements set forth thereto by the Facilities Licensing Section at HAAD.

الرعاية المنزلية: تلك التي تتقيد بالمتطلبات المقررة من قبل قسم ترخيص المنشآت في هيئة الصحة- ابوظبي.

Inpatient: Have the definition given thereto in the Data Dictionary & the Clinical Coding Steering committee.

المريض المقيم داخل المستشفى: يحمل التعريف الوارد في معجم البيانات واللجنة التوجيهية للترميز الإكلينيكي.

Insurance Company (IC): The first party to this Agreement as referred to above licensed by HAAD to operate in the field of health insurance scheme in the Emirate of Abu Dhabi.

شركة التأمين: الطرف الأول في هذه الاتفاقية المشار إليه أعلاه بأنه مرخص من قبل هيئة الصحة- أبوظبي للعمل ضمن برنامج الضمان الصحي في إمارة أبو ظبي.

Law (The): The Law No. 23 of the year 2005 regarding the health insurance scheme and its executive regulations and any other laws or regulations issued from time to time that regulate health insurance sector in the Emirate of Abu Dhabi, as amended.

القانون: القانون رقم 23 لسنة 2005 بشأن الضمان الصحي ولائحته التنفيذية وأي قوانين أو أنظمة أخرى تصدر من وقت لآخر لتنظيم قطاع التأمين الصحي في إمارة أبو ظبي، وتعديلاتها.

Mandatory Tariff: The price at which Healthcare Providers are paid for basic product services as set by the HAAD.

التعرفة الإلزامية: السعر الذي يدفع إلى مزوّدي الرعاية الصحية نظير خدمات المنتجات الأساسية وكما هو مقرر من قبل هيئة الصحة- أبوظبي.

Medical Facility/ Entity providing Healthcare services: Hospital, clinic or any other facility or individual licensed by HAAD to provide Healthcare Services in Abu Dhabi.

المنشأة/الكيان الطبي المزود لخدمات الرعاية الصحية: المستشفى أو العيادة أو أي منشأة أو فرد آخر مرخص من قبل هيئة الصحة- أبوظبي لتقديم خدمات الرعاية الصحية في أبو ظبي.

Medical Malpractice: Occurs when there is a medical fault due to negligence act or lack of required standard of care deviating from duly accepted standards of practice performed by a doctor or due to the lack of awareness of technical knowledge supposed to be acquired by all medical practitioners which caused damage or harm to a patient while treating and/or diagnosing the Beneficiary and as a result thereof the doctor/medical professional/Medical Facility is convicted of the malpractice by the competent court in the UAE.

سوء الممارسة الطبية: ويحصل عندما يكون هناك خطأ طبي نتيجة الإهمال أو الافتقار إلى معايير الرعاية المطلوبة أو الإنحراف عن معايير الممارسة المقبولة حسب الأصول التي يقوم بها الطبيب أو بسبب الجهل بأمور فنية يفترض الحصول عليها من قبل جميع الممارسين الطبيين ما تسبب في إلحاق الضرر أو الأذى بالمريض المستفيد عند معالجة و/أو تشخيص حالته وأدى بالنتيجة إلى إدانة الطبيب/المهني الطبي/المنشأة الطبية بسوء الممارسة الطبية من قبل المحكمة المختصة في الإمارات العربية المتحدة.

Medical Necessity: Healthcare services that a physician, exercising prudent clinical judgment, would provide to a patient for the purpose of evaluating, diagnosing or treating an illness, injury, disease or its symptoms, and that are:

الحاجة الطبية: خدمات الرعاية الصحية التي قد يقدمها الطبيب، حسب تقديره الإكلينيكي الحكيم، إلى المريض لغرض تقييم أو تشخيص أو معالجة مرض أو إصابة أو علة أو أعراضها، والتي تكون:

(a) In accordance with the generally accepted standards of medical practice;

(أ) طبقا لمعايير الممارسة الطبية المقبولة بصفة عامة.

(b) Clinically appropriate, in terms of type, frequency, extent, site and duration, and considered effective for the patient's illness, injury or disease; and

(ب) مناسبة إكلينيكياً من حيث النوع والتكرار والمدى والموقع والمدة ، وتعتبر فعّالة في مواجهة مرض أو إصابة أو علة المريض.

(c) Not primarily for the convenience of the patient or physician, or other physician, and not more costly than an alternative service or sequence of services at least likely to produce equivalent therapeutic or diagnostic results as to the diagnosis or treatment of that patient's illness, injury or disease.

(ج) ليست بشكل أولي لملاءمة المريض أو الطبيب، أو طبيب آخر، وليست أكثر تكلفة من الخدمة البديلة أو مجموعة الخدمات التي من المحتمل، على الأقل، أن تحقق نتائج علاجية أو تشخيصية مماثلة لتشخيص أو علاج مرض أو إصابة أو علة ذلك المريض.

For these purposes, **"generally accepted standards of medical practice"** means:

لهذه الأغراض، فإن **"ممارسة المعايير الطبية المقبولة بصفة عامة"** تعني:

- Standards that are based on credible scientific evidence published in peer-reviewed, medical literature generally recognized by the relevant medical community;

• المعايير القائمة على أساس الدليل العلمي الموثوق المنشورة في الأدبيات ا

- The views of physicians practicing in the relevant clinical area; and

- Any other relevant factors.

- آراء الأطباء الممارسين في المجال السريري ذي الصلة.

- أي عوامل أخرى ذات صلة

Medical Record: Medical Record includes but is not limited to patient information, patient history, medical reports, exam findings, tests results or reports, prescriptions for medication, referrals ordered or received from other Providers, case management plan, progress notes and return visits.

السجل الطبي: يتضمن السجل الطبي، على سبيل المثال لا الحصر، معلومات عن المريض وتاريخه المرضي والتقارير الطبية ونتائج الفحوصات ونتائج أو تقارير الاختبارات ووصفات الأدوية والإحالات التي تم التوجيه بها أو المستلمة من المزوّدين الآخرين وخطة إدارة الحالة والملاحظات حول تطور الحالة وزيارات المراجعة.

Membership Card: The insurance card that is issued by the insurance company to a beneficiary entitling them to healthcare services a Provider in accordance with the plan's Schedule of Benefits. The Membership Card of the IC shall be in the form set out at Appendix II or as may be notified by the IC to the other parties to this Agreement from time to time.

بطاقة العضوية: بطاقة التأمين التي تصدر من قبل شركة التأمين إلى المستفيد وتعطيه الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية من المزوّد طبقا لجدول منافع خطة التأمين. يجب أن تكون بطاقة العضوية الصادرة عن شركة التأمين حسب النموذج الوارد في الملحق 2 أو وفق ما تخطر به شركة التأمين الأطراف الأخرى لهذه الاتفاقية من وقت لآخر.

Outpatient: Have the definition given thereto in the Data Dictionary & the Clinical Coding Steering committee.

المريض الخارجي: يحمل التعريف الوارد في معجم البيانات واللجنة التوجيهية للترميز الإكلينيكي.

Network Provider: An entity licensed by HAAD or other Healthcare Services regulatory authorities within the United Arab Emirates operating in Abu Dhabi or the UAE and providing Healthcare Services to Beneficiaries on a Direct Billing basis at a pre-agreed tariff or on the basis of HAAD's Mandatory Tariff. For the purpose of this Agreement, the Provider is a Network Provider.

مزوّد الشبكة: كيان مرخص من قبل هيئة الصحة- أبوظبي أو السلطات الأخرى المنظمة لخدمات الرعاية الصحية داخل الإمارات العربية المتحدة العاملة في أبو ظبي أو الإمارات العربية المتحدة وتقدم خدمات الرعاية الصحية إلى المستفيدين على أساس الفوترة المباشرة وفقا لتعرفة متفق عليها مسبقا أو على أساس التعرفة الإلزامية لهيئة الصحة- أبوظبي. ولأغراض هذه الاتفاقية، فإن المزوّد هو مزوّد شبكة.

Prior Authorization: The process by which the Providers submits request to the IC prior to admitting/registering a patient on an Inpatient or Outpatient basis with respect to those Healthcare Services that require pre-authorization under the Schedule of Benefits and/or Provider Manual. The information contained in the Prior Authorization request is defined by the Prior Authorization transaction set defined by HAAD

الموافقة المسبقة: العملية التي يقدم المزوّدون بموجبها طلبا إلى شركة التأمين قبل إدخال/تسجيل مريض على أساس أنه مريض داخلي أو خارجي فيما يتعلق بخدمات الرعاية الصحية التي تتطلب موافقة مسبقة بموجب جدول المنافع و/أو دليل المزوّدين. والمعلومات الواردة في طلب الموافقة المسبقة هي معرفة بموجب معاملة الموافقة المسبقة المحددة من قبل هيئة الصحة- أبوظبي.

Provider: The second party to this Agreement as referred to above, which shall include its branches set out in Appendix I.

المزوّد: الطرف الثاني في هذه الاتفاقية كما هو مشار إليه أعلاه، وبما يشمل فروعه المبينة في الملحق (1).

Provider Manual: The written material that appears at Appendix [III] to this document as prepared by the IC that outlines the administrative procedures and requirements for Network Providers who provide Healthcare Services to Beneficiaries. Such procedures and requirements shall be limited to, claim submission, pre-authorization, resubmission, reconciliation, provider referral, hospital admission requirements, audit or related matters. The IC may modify the Provider Manual from time to time, provided however, such modifications shall only be prospective and the Network Providers shall be given 30 calendar days written notice prior of such modifications before they become effective.

دليل المزوّد: المادة الكتابية التي تظهر في الملحق (3) من هذه الوثيقة، كما أعدتها شركة التأمين والتي تحدد الإجراءات والمتطلبات الإدارية لمزوّدي الشبكة الذين يقدمون خدمات الرعاية الصحية إلى المستفيدين. وتكون هذه الإجراءات والمتطلبات مقتصرة على تقديم المطالبات والموافقة المسبقة وإعادة التقديم والتسويات وإحالة المزوّد ومتطلبات الإدخال إلى المستشفى ومسائل التدقيق والأمور المتصلة بها. ويجوز لشركة التأمين تعديل دليل المزوّد من وقت لآخر شريطة أن تكون هذه التعديلات مستقبلية وأن يتم إعطاء مزوّدي الشبكة إخطارا كتابيا مدته 30 يوما ميلاديا قبل أن تصبح هذه التعديلات نافذة.

Rules (The) The electronic claims requirements, all HAAD circulars, resolutions, periodicals, policies and standards issued or to be issued in future in implementation of the Law, including without limitation any policy on health insurance fraud and abuse

النظم: متطلبات المطالبات الإلكترونية وجميع التعاميم والقرارات والدوريات والسياسات والمعايير الصادرة أو التي ستصدر عن هيئة الصحة- ابوظبي في المستقبل تنفيذا للقانون، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، أي سياسة بشأن الإحتيال وإساءة الإستخدام في مجال التأمين الصحي.

Schedule of Benefits: A schedule issued by the IC that specifies the medical services covered by an insurance policy, while setting out the terms and conditions of a Beneficiary's coverage including without limitation any Co- payment, Deductibles, , exclusions and coverage limits

جدول المنافع: جدول صادر من قبل شركة التأمين يحدد الخدمات الطبية المشمولة بوثيقة التأمين وينص على بنود وشروط تغطية المستفيد بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر أي نسب أو مبالغ تحمل واستثناءات وحدود تغطية.

Third Party Administrator (TPA): An organization licensed by HAAD to provide administrative services to an IC, such services including but not limited to claims management, claims review and payment, claims utilization review, maintenance of adherent records (eligibility and medical follow-up) and underwriting consultancy without carrying insurance risk.

شركة إدارة المطالبات: الشركة المرخصة من قبل هيئة الصحة- ابوظبي لتقديم الخدمات الإدارية إلى شركة التأمين، والتي تتضمن، على سبيل المثال لا الحصر، إدارة المطالبات، ومراجعة المطالبات والدفع، ومراجعة الإستخدام، والاحتفاظ بالسجلات ذات الصلة (الأهلية والمتابعة الطبية) والاستشارة التأمينية بدون تحمل مخاطر التأمين.

Uncovered Services: Having regard to the Law & the Rules, services specifically identified in the insurance company's plan/policy that are identified in the list of Exclusions or are considered uncovered based on the patient's acuity/condition, nature of the procedure/item/medication, and are deemed not medically necessary. Uncovered services are not payable by the IC, and will be considered self-pay by the Beneficiary.

الخدمات غير المشمولة: باعتبار ما ينص عليه القانون والنظم السارية، هي الخدمات المعرّفة بشكل محدد في خطة/وثيقة شركة التأمين المحددة في قائمة الاستثناءات أو التي تعتبر غير مشمولة على أساس حدة/حالة المريض وطبيعة الإجراء/ البند/الدواء، وتعتبر غير ضرورية من الناحية الطبية. والخدمات غير المشمولة هي غير واجبة الدفع من قبل شركة التأمين، وسوف تعتبر ذاتية الدفع من قبل المستفيد.

Article 3: Provider's Obligations

البند 3: التزامات المزوّدين

3.1 Authentication and Eligibility for Covered Services: The Provider shall admit on a Direct Billing basis all valid holders of Membership Cards in accordance with IC instructions stated in the Provider Manual when needed, or in accordance with the coded instruction printed on the Membership Card and on the prescription when authorization is not needed. Prior to providing any Healthcare Services as envisaged under the terms of this Agreement, the Provider must ensure (1) authentication to verify the patient's identity (2) eligibility to the fact that the policy is valid and check to ensure that the services sought by the patient are Covered Services. Authentication shall be carried out by requesting presentation of the patient's current Membership Card issued by IC and the Emirates ID Card where possible or any other valid identification document (issued by a federal or state authority) for verification of the patient's identity. Unless otherwise stated by HAAD, starting on 31 December 2010, authentication for "thiqa" will be required to be by Emirates ID card or another electronic card matching or exceeding the security standards of the Emirates ID card.

1.3 الإستيثاق وأهلية استحقاق الخدمات المشمولة: على المزوّد أن يقبل على أساس الفوترة المباشرة معالجة جميع حاملي بطاقات العضوية السارية المفعول وفقا لتعليمات شركة التأمين المذكورة في دليل المزوّد عند الحاجة، أو وفقا للتعليمات المرمّزة المطبوعة على بطاقة العضوية وعلى الوصفة الطبية عندما لا تكون الموافقة المسبقة مطلوبة. وقبل تقديم أي من خدمات الرعاية الصحية كما هو متصوّر بموجب بنود هذه الاتفاقية، يجب على المزوّد أن يضمن (1) الإستيثاق اللازم للتحقق من هوية المريض (2) والأهلية من حيث إن الوثيقة سارية المفعول والتدقيق لضمان أن الخدمات التي يسعى المريض للحصول عليها هي خدمات مشمولة. ويتم الإستيثاق عن طريق الطلب من المريض إبراز بطاقة العضوية الصادرة من شركة التأمين وبطاقة هوية الإمارات حيثما أمكن أو أي وثيقة تعريف أخرى بالهوية سارية المفعول (صادرة عن سلطة اتحادية أو محلية) وذلك للتحقق من هوية المريض. وما لم يذكر خلافا لذلك من قبل هيئة الصحة- أبوظبي ، واعتبارا من 31 ديسمبر 2010، سيكون الإستيثاق فيما يتعلق بـ "ثقة" مطلوبا بموجب بطاقة الهوية الإماراتية أو بطاقة إلكترونية أخرى تطابق أو تفوق بطاقة الهوية الإماراتية من حيث المعايير الأمنية.

3.2 Administrative procedures: The Provider shall comply with all protocols of the IC, including those set out in the Provider Manual, in addition to those set forth below :

2.3 الإجراءات الإدارية: على المزوّد أن يتقيد بكافة بروتوكولات شركة التأمين، بما في ذلك تلك المبينة في دليل المزوّد، بالإضافة إلى تلك المبينة أدناه:

(a) The Provider undertakes to submit the Claim to IC in compliance with Rules no later than thirty [30] calendar days from the end of the month of Healthcare Services provided to the Beneficiary. Providers are required to submit all services related to a single encounter under one Claim in accordance with the submission guidance set out by HAAD;

(أ) يتعهد المزوّد بتقديم المطالبة إلى شركة التأمين بالتقيد بالقواعد في موعد لا يتجاوز ثلاثين (**30**) يوما ميلاديا من نهاية الشهر الذي قدمت فيه خدمات الرعاية الصحية إلى المستفيد. ويطلب من المزوّدين تقديم كافة الخدمات المتعلقة بالزيارة الواحدة بموجب مطالبة واحدة وفقا لإرشادات التقديم المقررة من قبل هيئة الصحة- أبوظبي

(b) In case of delay in submitting the Claim pursuant to Article 3.2 (a), the IC has the right to deduct [0.03 % delay fees per calendar day] from the Claim amount to be paid to the Provider and has the right to completely reject 90 days after timely submission;

(ب) في حالة التأخير في تقديم المطالبة بمقتضى البند 2.3 (أ)، لشركة التأمين الحق في استقطاع [0.03% رسوم تأخير عن كل يوم ميلادي] من مبلغ المطالبة الذي سيدفع إلى المزوّد، ولها الحق في أن ترفض المطالبة تماما بعد مرور 90 يوما من الموعد المحدد للتقديم.

(c) All disputed Claims (including rejected Claims) should be resubmitted to the IC within forty five [45] calendar days from the date of receipt of payment and/or receipt of remittance advice or similar document containing the claim denial code; if the provider is late in submitting these then clause 3.2 (b) shall be applicable

(ج) يجب إعادة تقديم جميع المطالبات المتنازع عليها (بما في ذلك المطالبات المرفوضة) إلى شركة التأمين خلال خمسة وأربعين (45) يوما ميلاديا من تاريخ استلام الدفعة و/أو استلام إشعار الحوالة أو وثيقة مماثلة تتضمن رمز رفض المطالبة، وإذا تأخر المزوّد في تقديمها يصبح البند 2.3 (ب) عندها منطبقا.

(d) The Provider undertakes to seek Prior Authorization where required by the Schedule of Benefits, the Rules and/or the Provider Manual, as appropriate;

(د) يتعهد المزوّد بالسعي للحصول على الموافقة المسبقة عندما يكون مطلوبا بموجب جدول المنافع والنظم و/أو دليل المزوّد، وفق ما يكون مناسبا.

(e) The Provider undertakes to collect all Co-payment and Deductible for the Health Services provided ; .

(هـ) يتعهد المزوّد بتحصيل جميع نسب ومبالغ التحمل عن الخدمات الصحية المقدمة.

(f) Emergency Services do not require Prior Authorization, however the Provider undertakes to notify the IC of any Emergency Services rendered to Beneficiaries 24 hours from the time the Health Services were provided in accordance with the protocols set out in this Agreement and/or the Provider Manual, as appropriate, for all inpatient services.

(و) خدمات الطوارئ لا تتطلب الموافقة المسبقة ومع ذلك يتعهد المزوّد بإخطار شركة التأمين بأي خدمات طوارئ مقدمة إلى المستفيدين وذلك خلال 24 ساعة من وقت تقديم الخدمات الصحية طبقا للبروتوكولات المبينة في هذه الاتفاقية و/أو دليل المزوّد، وفق ما يكون مناسبا، عن كافة خدمات المرضى الداخليين.

3.3 Responsibility for Medical Decision: The Provider is responsible for all final decisions regarding the Healthcare Services to patients including the quality and appropriateness of such care and services. The Provider understands that the determination of a Claim by the IC in accordance with its utilization management procedures are solely for the purpose of determining whether the Healthcare Services are covered under the terms and conditions of the Beneficiary's Policy and/or the Schedule of Benefits, and the extent to which payment for any Covered Services may be made. Accordingly, such determinations shall in no way affect the decision of the Provider to provide appropriate Healthcare Services to the patient.

3.3 المسؤولية عن القرار الطبي: المزوّد مسؤول عن كافة القرارات النهائية بشأن خدمات الرعاية الصحية المقدمة إلى المرضى بما في ذلك جودة وملاءمة هذه الرعاية والخدمات. ويدرك المزوّد أن تحديد المطالبة من قبل شركة التأمين طبقا لإجراءات إدارة استخدامها هو فقط لغرض تحديد ما إذا كانت خدمات الرعاية الصحية مشمولة بموجب بنود وشروط وثيقة المستفيد و/أو جدول المنافع، والمدى الذي يتم الدفع فيه عن أي خدمات مشمولة. وبناءً عليه، لا يجوز أن يؤثر هذا التحديد بأي طريقة على قرار المزوّد في تقديم خدمات الرعاية الصحية المناسبة إلى المريض.

It is recognized that the lack of insurance coverage will often drive a patient's decision on medical care. For Uncovered services, the patient will accordingly be treated as self-pay.

من المعترف به أن الافتقار إلى التغطية التأمينية يؤثر غالبا على قرار المريض بشأن الرعاية الطبية. وبالنسبة للخدمات غير المشمولة، سيعامل المريض، تبعا لذلك، على أنه دافع للنفقات بنفسه.

3.4 Medical Record Maintenance and Access: The Provider will maintain and shall require all its affiliated professionals to maintain full and adequate Medical Records and Billing Records related to Healthcare Services rendered. The Provider shall permit the IC to inspect and audit [according to audit guidelines agreed in the Provider Manual] for purposes related to health insurance and take copies of the Medical Records and Billing Records related to Healthcare Services rendered under this Agreement during working hours. The provider shall permit the insurer to take copies of any relevant documentation relating to a Claim concerning road traffic accidents. The Provider shall permit the IC to have access during the term of the Agreement and shall maintain all Records for a period of two years following the date of last Healthcare Service to the Beneficiary or the expiry of the last health insurance policy which ever later. Medical Record cannot be finally destroyed unless upon the expiry of five years from the date of last Healthcare Service to the Beneficiary.

4.3 الاحتفاظ بالسجلات الطبية والإطلاع عليها: على المزوّد أن يحتفظ وأن يطلب من جميع المهنيين التابعين له أن يحتفظوا بسجلات طبية كاملة وكافية وسجلات الفوترة المتعلقة بخدمات الرعاية الصحية المقدمة. وعلى المزوّد أن يسمح لشركة التأمين أن تقوم بفحص وتدقيق (وفقا لإرشادات التدقيق المتفق عليها في دليل المزوّد) للأغراض المرتبطة بالتأمين الصحي وتصوير السجلات الطبية وسجلات الفوترة المتعلقة بخدمات الرعاية الصحية المقدمة بموجب هذه الاتفاقية خلال ساعات العمل. ويجب على المزوّد أن يسمح لشركة التأمين بتصوير أية مستندات ذات صلة تتعلق بالمطالبة بشأن حوادث الطرق. كما يجب عليه أن يسمح لشركة التأمين بالإطلاع عليها خلال مدة الاتفاقية، وأن يحتفظ بكافة السجلات لمدة سنتين من تاريخ آخر خدمة للرعاية الصحية إلى المستفيد أو انتهاء آخر وثيقة تأمين صحي، أيهما يأتي لاحقا. ويحظر إتلاف السجلات الطبية نهائيا إلا بعد انقضاء خمس سنوات من تاريخ آخر خدمة رعاية صحية إلى المستفيد.

3.5 Standard of Health Services: When The Provider should provide services to Beneficiaries without regard to coverage status in the same professional manner and with the same degree of care, skill and diligence as the Providers provide to other patients, and in accordance with generally accepted scientific and technical principles and standards of ethics. Each of the Providers shall be available to provide services twenty four hours per day, seven calendar days per week (or as per the Provider's normal working hours). Any failure by the Provider to comply with IC requirements and which causes delayed treatment may result in denial of payment to the Provider and shall be considered a breach of this Agreement.

5.3 معيار تقديم الخدمات الصحية: يجب على المزوّد تقديم الخدمات إلى المستفيدين دون الأخذ بعين الاعتبار وضع التغطية ، وبنفس الأسلوب المهني ودرجة الرعاية والمهارة والنشاط الذي يقدمه المزوّدون إلى المرضى الآخرين، وذلك وفقا للمبادئ العلمية والفنية المقبولة والمعايير الأخلاقية. ويجب أن يكون كل من المزوّدين متوفرا لتقديم الخدمات على مدار الساعة، أي لمدة أربع وعشرين ساعة يوميا، ولسبعة أيام ميلادية في الأسبوع (أو وفقا لساعات الدوام العادي لدى المزوّد). وأي إخفاق من قبل المزوّد في التقيد بمتطلبات شركة التأمين والذي يتسبب في تأخير تقديم العلاج قد يؤدي إلى عدم الدفع إلى المزوّد وسيعتبر إخلالا بهذه الاتفاقية.

3.6 Medical Malpractice: In the event a medical professional is convicted of Medical Malpractice, the IC shall have the right to recover from the Provider any amount paid to the Provider in respect of the Claim submitted to the IC and any associated costs (including administrative and legal expenses) related to the malpractice conviction in agreement with the medical malpractice law no. 10, 2008.

6.3 سوء الممارسة الطبية: في حالة إدانة المهني الطبي بسوء الممارسة الطبية ، يكون لشركة التأمين الحق في أن تسترد من المزوّد أي مبلغ سبق دفعه إليه فيما يتعلق بالمطالبة المقدمة إلى شركة التأمين وأية تكاليف مرتبطة بها (بما في ذلك النفقات الإدارية والقانونية) والمتصلة بإدانة سوء الممارسة الطبية وذلك وفقا للقانون رقم 10 لسنة 2008 في شأن المسؤولية الطبية.

3.7 E-Claims: Unless otherwise stated by HAAD, all Claims shall be submitted to the IC in accordance with the e-claims guidelines set out by HAAD in its standards and procedures guidance.

7.3 المطالبات الإلكترونية: ما لم يذكر خلافا لذلك من قبل هيئة الصحة- ابوظبي، يجب تقديم كافة المطالبات إلى شركة التأمين وفقا لإرشادات المطالبات الإلكترونية المقررة من قبل الهيئة في دليل المعايير والاجراءات.

3.8 Premises/Branches: Throughout the term of this Agreement, the Provider shall provide the Healthcare Services to the Beneficiaries subject to the provisions set forth herein and only at the premises of any of its

8.3 المقر/الفروع: طوال مدة هذه الاتفاقية، على المزوّد أن يقدم خدمات الرعاية الصحية إلى المستفيدين مع مراعاة الأحكام المبينة في هذه الاتفاقية وفقط في مقر أي من فروعه المبينة بوضوح في الملحق (1) ما لم تتم الموافقة على غير ذلك كتابيا من قبل شركة التأمين. علاوة على

branches as clearly set out in Appendix I unless otherwise approved in writing by the IC. Further, the Provider shall provide immediate written notice to the IC, for its written consent, prior to any addition or deletion of the branches as set out in Appendix I

ذلك، على المزوّد أن يقدم إخطارا كتابيا فوريا إلى شركة التأمين للحصول على موافقتها الكتابية قبل أي إضافة أو حذف للفروع المبينة في الملحق (1).

In all events and if the IC has provided written notification for deletion and agreement for addition, the Provider shall ensure and procure the compliance by all the branches specified in Appendix I, as amended from time to time, with the terms and conditions of this Agreement.

وفي جميع الحالات وإذا كانت شركة التأمين قد قدمت إخطارا كتابيا بالحذف وموافقة على الإضافة، على المزوّد أن يضمن تقيد جميع الفروع المحددة في الملحق (1)، وتعديلاتها من وقت لآخر، ببنود وشروط هذه الاتفاقية.

3.9 Fraud and Abuse:

9.3 الإحتيال وإساءة الإستخدام:

(1) The Provider warrants that all Claims and Prior Authorization requests submitted to the IC for Healthcare Services rendered to a Beneficiary will be true and accurate to the best of its knowledge.

(1) يضمن المزوّد بأن جميع المطالبات وطلبات الموافقة المسبقة المقدمة إلى شركة التأمين بشأن خدمات الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيد ستكون حقيقية ودقيقة وفقا لأفضل معرفته.

(2) In the event that the IC suspects Fraud and/or Abuse on reasonable grounds, the following procedure shall be applied:

(2) في حالة الشك من قبل شركة التأمين على أسس معقولة بوجود إحتيال و/أو سوء استخدام ، سيتم تطبيق الإجراءات التالية:

(a) Adjust on the remittance advice using signaling intent to audit claims after payment.

(أ) تعديل في إشعار الحوالة باستخدام الإشارة إلى اعتزام تدقيق المطالبات بعد الدفع.

(b) If the provider contests the denial the IC shall be entitled to audit the Provider's Medical Records and Billing Records;

(ب) إذا اعترض المزوّد على الرفض، يحق لشركة التأمين القيام بتدقيق سجلات المزوّد الطبية وسجلات الفوترة.

(c) If the IC's audit confirms the suspicion of Fraud and/or Abuse then the IC shall report the matter to HAAD. Detailed procedures for audit are specified in the Provider Manual, which is to be agreed between the Payer and the Provider

(ج) إذا أكد تدقيق شركة التأمين الشك بوجود احتيال و/أو سوء استخدام، تقوم شركة التأمين عندذاك بإبلاغ الأمر إلى هيئة الصحة- ابوظبي. إن إجراءات التدقيق التفصيلية هي محددة في دليل المزوّد، والتي سيتم الإتفاق عليها بين الدافع والمزوّد.

(d) After reporting the matter to HAAD the IC shall be entitled to suspend any payments that are due to the Provider related to the suspected fraud and /or abuse (irrespective of whether the breach is committed by one physician or many physicians) until the HAAD decides on the matter; and if fraud or abuse is found such is a material breach of this Agreement. As a result the Law will be enforced and the fines under schedule 4 of the Law will be applied and the IC shall have the right to confiscate any amount that would have been payable if no fraud or abuse is found.

(د) بعد إبلاغ الأمر إلى هيئة الصحة - ابوظبي، يحق لشركة التأمين إيقاف أي دفعات تكون مستحقة إلى المزوّد ومتعلقة بالإحتيال و/أو سوء الاستخدام المشكوك فيه (بصرف النظر عما إذا تم ارتكاب الإخلال من قبل طبيب واحد أو عدة أطباء) وذلك لحين البت في الأمر من قبل الهيئة، وإذا تبين وجود احتيال أو سوء استخدام، فإن ذلك يشكل إخلالا جوهريا بهذه الاتفاقية. ونتيجة لذلك سيتم تنفيذ القانون وسيتم تطبيق الغرامات بموجب الجدول (4) من القانون وسيكون لشركة التأمين الحق في مصادرة أي مبلغ كان متوجب الدفع في غياب أي احتيال أو سوء استخدام.

(e) There shall be no volume incentives on either Provider or IC side. These include commissions for ordering laboratory/radiology investigations and commissions for denied claims.

(هـ) لن يكون هناك حوافز متعلقة بحجم العمل سواءً بالنسبة للمزوّد أو شركة التأمين. وهذه تتضمن العمولات الخاصة بطلب الفحوص المخبرية/الإشعاعية والعمولات عن المطالبات المرفوضة.

3.10 Other: The Provider undertakes to place the list of Ics, with which it works at a conspicuous place visible to Beneficiaries within its premises.

10.3 أخرى: يتعهد المزوّد بوضع قائمة شركات التأمين التي يتعامل معها في مكان بارز وظاهر للعيان أمام المستفيدين ضمن مقره.

Article 4: IC Obligations

البند 4: التزامات شركة التأمين

4.1 Authorization of Covered Services: Upon receipt of a complete Prior Authorization request, IC will communicate to the Provider its verification decision via an Out-patient approval or rejection within 30 min in over 90% of the cases and 60 min in over 98%. For elective In-Patient approval or rejection should be given within 12 hours in over 90% of cases and 24 hours in over 98% of the cases. At all times the IC is obliged to provide a decision within the shortest time possible giving priority to the authorization requests that relate to Emergency Services. The IC agrees to accept purely electronic prior authorization requests according to HAAD standard Prior Authorization data set starting on 31 December 2010 including online eligibility checks .

1.4 الموافقة بتقديم الخدمات المشمولة: عند استلام طلب مكتمل الموافقة المسبقة، ترسل شركة التأمين إلى المزوّد قرارها بالموافقة أو الرفض بالنسبة للعلاج في العيادة الخارجية خلال 30 دقيقة في أكثر من 90% من الحالات و60 دقيقة في أكثر من 98% منها. بالنسبة للعلاج الإختياري للمرضى الداخليين يجب إعطاء الموافقة أو الرفض خلال 12 ساعة في أكثر من 90% من الحالات و24 ساعة في أكثر من 98% من الحالات. وفي جميع الأوقات تكون شركة التأمين ملزمة بإصدار قرار خلال أقصر وقت ممكن وإعطاء الأولوية لطلبات الموافقة المتعلقة بخدمات الطوارئ. وتوافق شركة التأمين على قبول طلبات الموافقة المسبقة الإلكترونية فقط وفقا لبيانات الموافقة المسبقة القياسية لدى الهيئة التي ستبدأ في 31 ديسمبر 2010 بما في ذلك تدقيق الأهلية إلكترونياً.

No retrospective adjusting/canceling of prior approved services will occur without a formal notification by the IC to the provider at the claim level on condition that the services should have not been provided.

لا يجوز إجراء أي تعديل/ إلغاء للخدمات المعتمدة بأثر رجعي من دون إخطار رسمي من قبل شركة التأمين إلى المزوّد على مستوى المطالبة. وبشترط ألا تكون الخدمة قد قدمت فعلا.

4.2 Payment Terms:

2.4 شروط الدفع:

(a) IC undertakes to make payment for Healthcare Services, for complete and accurate Claims, within thirty [30] calendar days from the date of receipt of Claims submission from Providers for Basic Product and forty- five [45] calendar days from the date of receipt of Claims submission from Providers for /"Thiqa" and Enhanced products. When making the payment for a Claim, the IC shall set off the payment for the Claim against the Deductible or Co-Payment or payments already collected by the Provider on behalf of the IC.

(أ) تتعهد شركة التأمين بدفع قيمة المطالبات المكتملة والصحيحة نظير خدمات الرعاية الصحية، وذلك خلال ثلاثين (30) يوما ميلاديا من تاريخ استلام المطالبات من المزوّدين عن وثيقة الضمان الصحي الأساسية وخمسة وأربعين (45) يوما ميلاديا من تاريخ استلام المطالبات من المزوّدين عن وثائق ضمان "ثقة" ووثيقة الضمان الصحي المعززة. وعند إجراء الدفعة نظير المطالبة، تقوم شركة التأمين بعمل مقاصة للدفعة مقابل نسبة أو مبلغ/مبالغ التحمل التي سبق للمزود تحصيلها بالنيابة عن شركة التأمين.

(b) Resubmission: IC must make available to Provider basis and rules for disputing claims. All disputed claims and corrections should be resubmitted to the IC within forty five [45] calendar days from the date of receipt of payment or rejection notice. Settlement and discharge will follow over the next thirty 30 calendar days. Providers will only be permitted to resubmit disputed Claims up to a maximum of two (2) times.

(ب) إعادة التقديم: يجب على شركة التأمين أن توفر للمزوّد الأساس والقواعد الخاصة بالمطالبات المعترض عليها. يجب إعادة تقديم جميع المطالبات المعترض عليها والتصحيحات إلى شركة التأمين خلال خمسة وأربعون يوما (45) يوما ميلاديا من تاريخ استلام الدفعة أو إخطار الرفض. ويلي ذلك عمل التسوية وإبراء الذمة خلال الثلاثين يوما ميلاديا التالية. سوف يسمح للمزوّدين فقط بإعادة تقديم المطالبات المعترض عليها لغاية مرتين (2) كحد أقصى.

(c) In case of delay in paying or reporting payment of a legitimate Claim pursuant to Article 4.2 (a), the Provider has the right to receive a 0.03% delay fees per calendar day from the Net Claimed Amount to be paid to the Provider. This shall be calculated as follows: (Full amount claimed multiplied by 0.03 percent) divided by 365 days/year. This delay fees will be based on the total amount submitted/claimed and not on the amount ultimately paid and is due within 30 calendar days of the receipt of the remittance advice for the claims submissions for which original payment was delinquent.

(ج) في حالة التأخير في الدفع أو في الإبلاغ عن دفعة مطالبة قانونية بناء على البند 2.4 (أ)، يكون للمزوّد الحق في تقاضي نسبة 0.03% كرسوم تأخير عن اليوم الميلادي الواحد من المبلغ الصافي المطلوب دفعه إلى المزوّد. وسيتم الإحتساب كما يلي: (المبلغ المطالب به بالكامل مضروبا بـ0.03/ بالمائة) مقسوما على 365 يوم/سنة. وتكون رسوم التأخير هذه على أساس المبلغ الإجمالي المقدم/المطالب به وليس المبلغ المدفوع في النهاية وتستحق خلال 30 يوما ميلاديا من استلام إشعار الحوالة عن المطالبات المقدمة التي تاخرت دفعتها الأصلية.

(d) Recovery of Overpayment – In the event of any overpayment, duplicate payment or other payment in excess of that to which the Provider is entitled for Covered Services to the Beneficiary, the IC may recover the amounts owed by way of offset or reclaim from current or future payments after identifying remittance advice(s) on which the overpayment was made to the Provider. Recovery shall be after either party is notified and agreed before recharge.

(د) استرداد الدفعة الزائدة: في حالة أي دفعة زائدة أو دفعة مكررة أو دفعة أخرى تزيد على تلك التي يستحقها المزوّد عن الخدمات المشمولة المقدمة إلى المستفيد، يجوز لشركة التأمين استرداد المبالغ المطلوبة عن طريق المقاصة أو الاسترداد من الدفعات الجارية أو المستقبلية بعد تحديد إشعار/إشعارات التحويل التي تمت الدفعة الزائدة إلى المزوّد بموجبها. ويجب أن يكون الاسترداد بعد إخطار أي من الطرفين وموافقته قبل إعادة تحميل المبلغ.

(e) All Claims shall be presented to the IC by the Provider and shall be payable in UAE Dirham. All Claims shall only be submitted after the Provider has rendered the Healthcare Services. The IC shall make payment to the Providers by cheque/direct transfer to the bank nominated by the Provider as follow:

(هـ) يجب تقديم جميع المطالبات إلى شركة التأمين من قبل المزوّد وتكون متوجبة الدفع بدرهم الإمارات. يجب أن تقدم كافة المطالبات فقط بعد أن يكون المزوّد قد قدم خدمات الرعاية الصحية. وتقوم شركة التأمين بالدفع إلى المزوّدين بواسطة شيك/تحويل مباشر إلى البنك المسمّى من قبل المزوّد كما يلي:

Account Number:	**10883356**	**10883356**	رقم الحساب:
Bank Name:	**Abu Dhabi Islamic bank**	**مصرف ابوظبي الاسلامي**	اسم البنك:
Swift Code:	**ABDIAEAD**	**ABDIAEAD**	رمز السويفت:
Branch:	**Khaldiya Men's Branch**	**فرع الخالدية للرجال**	الفرع:
Address:	**Al Nasr Street, Khaldiya, Abu Dhabi, UAE**	**شارع النصر، الخالدية ، ابوظبي، الامارات العربية المتحدة**	العنوان:

In case of denied access to material information requested from the Providers as per the Law, the Rules or this Agreement, the IC shall have the right to reject/recover payment on the respective claims.

في حالة منع الإطلاع على المعلومات الجوهرية المطلوبة من المزوّدين وفقاً للقانون أو النظم أو هذه الاتفاقية، سيكون شركة التأمين الحق في رفض/استرداد الدفعة عن المطالبات ذات الصلة

Article 5: Role of TPA

البند 5: دور شركة إدارة المطالبات

5.1 Role of TPA: TPA is acting solely as an administration agent for and on behalf of each IC in administrating Healthcare Services or benefits scheme, processing, payment and billing procedure.

1.5 دور شركة إدارة المطالبات: تعمل شركة إدارة المطالبات كوكيل إداري فقط لصالح وبالنيابة عن شركة التأمين في القيام بإدارة خدمات الرعاية الصحية أو برنامج المنافع وإجراءات المعاملات والدفع والفوترة.

5.2. Delivering list of ICs: If signing this Agreement on behalf of the IC, TPA agrees to deliver a list of the IC for which it is acting as an administration agent. Such list shall be updated by the TPA as soon as there is a change to the list. In addition, the TPA must deliver to the Provider written evidence from each IC that TPA is authorized to represent and act on behalf of the IC in all administration tasks related to its management and processing of Claims. The Provider shall, within one (1) week of receiving such information and documentation, notify the TPA if it is

2.5 تسليم قائمة شركات التأمين: بتوقيع هذه الاتفاقية بالنيابة عن شركة التأمين، توافق شركة إدارة المطالبات على تسليم قائمة بشركات التأمين التي تعمل كوكيل إداري لها. يجب تحديث هذه القائمة من قبل شركة إدارة المطالبات فور حصول تغيير فيها. بالإضافة الى ذلك، يجب على شركة إدارة المطالبات تسليم المزوّد إثباتا كتابيا من كل شركة تأمين تكون مخوّلة بتمثيلها والعمل نيابة عنها في كافة مهام إدارة ومعالجة المطالبات. وعلى المزوّد، خلال أسبوع واحد من تاريخ استلام هذه المعلومات والمستندات، إخطار شركة إدارة المطالبات بعدم رغبته في استقبال المستفيدين من شركة التأمين هذه. وإذا لم يتم إعطاء مثل هذا الإخطار خلال الوقت المحدد، يعتبر المزوّد بأنه قد وافق على استقبال المستفيدين وفقاً لبنود هذه الاتفاقية وفيما يتعلق بشركة التأمين تلك

not willing to accept the Beneficiaries from this IC. If such notice is not given within such time limit, the Provider shall be deemed to have agreed to receive the Beneficiaries in accordance with the terms of this Agreement in respect of that IC and the Schedule of Benefits of the Beneficiaries.

وجدول منافع المستفيدين.

Article 6: Tariff

البند 6: التعرفة

6.1. Preferential Tariff/Price Lists: Preferential tariffs or price lists are agreed upon by the IC and Provider on an annual basis for all services and products unless the Law or HAAD or the Rules stipulate otherwise, with the HAAD mandatory tariff applying to the Basic Plan (Abu Dhabi I/O Plan).

1.6 التعرفة /قائمة الأسعار التفضيلية: تتم الموافقة على التعرفات أو قوائم الأسعار التفضيلية من قبل شركة التأمين والمزوّد على أساس سنوي لكافة الخدمات والمنتجات ما لم يقض القانون أو هيئة الصحة أو النظم السارية بغير ذلك، مع انطباق تعرفة هيئة الصحة الإلزامية على وثيقة الضمان الصحي الأساسية (خطة أبو ظبي –I/O).

6.2 Price level:

2.6 مستوى الأسعار:

(a) Products and services within the Mandatory Tariff shall be set by HAAD.

(أ) يتم تحديد المنتجات والخدمات ضمن التعرفة الإلزامية من قبل هيئة الصحة.

(b) The tariff for products and services within the Schedule of Benefits but not subject to the Mandatory Tariff shall be set by the Parties at a rate between 1 and 3 times the HAAD Mandatory Tariff based on an explicit assessment of quality of the Provider and the medical outcomes provided by it. The IC shall prepare and circulate the criteria by which it shall measure the performance of the Provider and determine the price level for products.

(ب) يتم تحديد التعرفة للمنتجات والخدمات ضمن جدول المنافع غير الخاضعة للتعرفة الإلزامية من قبل الطرفين بنسبة تتراوح بين 1 و3 مضروبة بتعرفة هيئة الصحة الإلزامية وذلك على أساس تقييم صريح لنوعية المزوّد وجودة النتائج الطبية المقدمة من قبله. وعلى شركة التأمين إعداد وتعميم المعايير التي ستقوم بموجبها بقياس أداء المزوّد وتحديد مستويات الأسعار للمنتجات.

(c) Price levels of payments to the Provider by the IC shall be based on an objective assessment of the Provider in delivering quality Healthcare Services outcomes to Beneficiaries by application of the quality indicators and performance requirements that are set out in Appendix [V]. The IC may increase or decrease the payments to the Provider, within the tiers of the agreed tariff at anytime corresponding to the performance of the Provider and the Payer against the previously agreed and published quality criteria set out in Appendix [IV].

(ج) تكون مستويات أسعار الدفعات إلى المزوّد من قبل شركة التأمين على أساس التقييم الموضوعي للمزوّد في تقديم خدمات الرعاية الصحية ذات النتائج الجيدة إلى المستفيدين بتطبيق مؤشرات الجودة ومتطلبات الأداء المبينة في الملحق (5). ويجوز لشركة التأمين زيادة أو تخفيض الدفعات إلى المزوّد، ضمن فئات التعرفة المتفق عليها ، في أي وقت يتوافق وأداء المزوّد والدافع مقابل معايير الجودة المتفق عليها والمنشورة سابقا والمبينة في الملحق (4).

6.3 Price Negotiation: Any Party shall notify, in writing, to the other Party if it wishes to review any tariff at least 60 calendar days prior to 31 December of each year. In such case the Parties shall negotiate an alternative tariff in good faith.

3.6 التفاوض على الأسعار: على أي من الطرفين إخطار الطرف الآخر كتابياً برغبته في مراجعة أي تعرفة وذلك قبل 60 يوما ميلادياً من تاريخ 31 ديسمبر من كل سنة. وفي هذه الحالة يقوم الطرفان بالتفاوض على تعرفة بديلة بنية حسنة.

Continuous monthly updates to the price list are allowed for drugs according to HAAD's published list and for quarterly updates to list of consumables by provider.

يسمح بإجراء التحديثات الشهرية المستمرة لقائمة الأسعار بالنسبة للعقاقير وفقا لقائمة هيئة الصحة المنشورة، والتحديثات ربع السنوية وفقا لقائمة المستهلكات لدى المزوّد.

6.4 Price Reporting: Tariffs agreed between the Parties shall be as set out in Appendix [V] and upon being agreed shall be immediately communicated to HAAD together with the basis for the assessment of the quality of the Providers performance. . The basis and quality indicators for assessment of the quality of the Providers performance are as set out in Appendix [IV[[

4.6 الإبلاغ عن الأسعار: تكون التعرفات المتفق عليها بين الطرفين كما هو مبيّن في الملحق (5)، وعند الإتفاق عليها يتم التبليغ عنها فورا إلى هيئة الصحة مع أساس التقييم بشأن جودة أداء المزوّد. إن مؤشرات الأساس والجودة اللازمة لتقييم جودة أداء المزوّدين مذكورة في الملحق (4).

6.5 Display of Tariffs: The Provider must provide access to agreed tariffs to the Beneficiary for planned and/or consumed services.

5.6 عرض التعرفات: يجب على المزوّد توفير إطلاع المستفيدين على التعرفات المتفق عليها بالنسبة للخدمات المخطط لها و/أو المقدمة.

Article 7: Beneficiary Privilege

البند 7: امتياز المستفيد

The Provider agrees to provide the Beneficiaries with the following advantages:

يوافق المزوّد على تزويد المستفيدين بالميزات التالية:

7.1 For any treatment requiring Inpatient care with overnight accommodation, if a room corresponding to the room standard to which a Beneficiary is entitled under the Schedule of Benefits is not available, the Beneficiary shall be upgraded to a higher room standard if available but for the same cost as the room standard to which he is entitled. The requirements of this Article can be waived by the Beneficiary where the Beneficiary is offered an alternative and expressly agrees to the alternative arrangements by signing a waiver.

1.7 بالنسبة لأي علاج يتطلب رعاية داخل المستشفى مع مبيت أثناء الليل، وإذا لم تتوفر غرفة تعادل تلك المستحقة للمستفيد بموجب جدول المنافع، فإنه يتوجب رفع مستوى إقامة المستفيد إلى غرفة بدرجة أفضل إذا كانت متوفرة ولكن بنفس سعر الغرفة القياسية التي يستحقها. ويجوز للمستفيد التنازل عن متطلبات هذا البند إذا تم توفير بديل مقبول لديه على أن يوافق عليه صراحة بالتوقيع على تنازل.

7.2 Subject to Article 7.3 the Provider shall apply the tariff to all treatment provided to the Beneficiary.

2.7 مع مراعاة البند 3.7، على المزوّد تطبيق التعرفة على كل علاج يتم تقديمه إلى المستفيد.

7.3 Where a Beneficiary requests treatment that is not subject to a Schedule of Benefits or agreed tariff, then the Provider shall apply a published cash tariff which will be made available to Beneficiaries upon request. For the avoidance of doubt, the Provider is obligated to apply an agreed Tariff where a Covered Service is provided or an agreement with the IC exists.

3.7 عندما يطلب المستفيد علاجاً غير خاضع لجدول المنافع أو التعرفة المتفق عليها، عندئذ على المزوّد أن يطبق التعرفة النقدية المنشورة التي يتم توفيرها للمستفيدين عند الطلب. ولأجل تجنب الشك، فإن المزوّد ملزم بتطبيق تعرفة متفق عليها عندما يتم تقديم خدمة مشمولة أو توجد اتفاقية مع شركة التأمين.

7.4 In cases where Emergency Services are required, the Provider shall commence providing treatment to the Beneficiary immediately without requiring a cash deposit or Prior Authorization and notwithstanding that the Beneficiary's admission or file opening procedures may not have been completed

4.7 في الحالات التي تكون خدمة الطوارئ مطلوبة فيها، على المزوّد أن يباشر في تقديم العلاج إلى المستفيد فورا بدون أن يطلب تأمينا نقديا أو موافقة مسبقة وبصرف النظر عن عدم اكتمال إجراءات إدخال المستفيد إلى المستشفى أو فتح الملف.

Article 8: Confidentiality

البند 8: السرية

8.1. The Parties acknowledge that information, which has or will come into the possession or knowledge of each Party in connection with this Agreement or the performance hereof includes confidential and proprietary data, whose disclosure to or use by third parties will be damaging. Both Parties therefore agree that:

1.8 يقر الطرفان بأن المعلومات المتوفرة أو التي ستصبح متوفرة لدى كل منهما فيما يتعلق بهذه الاتفاقية أو تنفيذها تتضمن بيانات سرية ومملوكة لهما، وأن الكشف عنها أو استخدامها من قبل طرف ثالث ينطوي على ضرر. وقد اتفق الطرفان على ما يلي

(a) Each of the Providers shall maintain and shall require its affiliated providers and professional affiliates to maintain all information developed by IC in terms of this Agreement including but not limited to any charge rates and any clinical guidelines applicable to or arising out of the implementation of this Agreement in strictest confidence; provided that the Provider shall be entitled to supply such information necessary to a Beneficiary or patient to maintain the professional patient relationship required of that Provider;

(أ) على المزوّد المحافظة، والطلب من المزوّدين والمهنيين التابعين له والمرتبطين به المحافظة، وبسرية تامة على كافة المعلومات العائدة لشركة التأمين بموجب هذه الاتفاقية بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، أي اسعار خدمات وأي إرشادات إكلينيكية منطبقة على هذه الاتفاقية أو ناشئة عن تنفيذها ، شريطة أن يكون للمزوّد الحق في توفير المعلومات الضرورية للمستفيد أو المريض وبما يصون العلاقة المهنية القائمة بين المريض والمزوّد.

(b) The IC shall not disclose any Beneficiary's data or Medical Records which it has or will come into possession or knowledge of in relation to any Beneficiary except that it may use such information in appropriate circumstances for administrative purposes in terms of this Agreement, provided, however, that the IC has the right to such data, and is in compliance with the Law, the Rules & any existing and applicable privacy laws.

(ب) لا يجوز لشركة التأمين الكشف عن أي بيانات أو سجلات طبية تتعلق بالمستفيد تكون في حوزتها الآن أو فيما بعد، بيدَ أنه يمكنها استخدام هذه المعلومات في الظروف المناسبة لأغراض إدارية تتعلق بهذه الاتفاقية، وشريطة أن يكون لها الحق في هذه البيانات وفقاً للقانون والنظم وأي قوانين قائمة ومطبقة تتعلق بالخصوصية.

(c) Both Parties shall keep the terms of this Agreement confidential and shall not disclose any of the terms to any other third party.

(ج) يجب على الطرفين المحافظة على سرية بنود هذه الاتفاقية ولا يجوز لهما الكشف عن بنودها لأي طرف ثالث آخر.

(d) The foregoing provision on confidentiality shall not apply to information which is:

(د) لا يسري حكم السرية المذكور آنفاً على المعلومات الآتية:

(i) Already in the public domain due to no fault of either Party or

(1) المعلومات المعتبرة في حكم المعلومات العامة دونما خطأ من أي من الطرفين، أو

(ii) Required to be disclosed pursuant to any applicable court or recognized statutory body such as HAAD.

(2) المعلومات الواجب الكشف عنها بناءً على طلب المحكمة أو هيئة قانونية معترف بها كهيئة الصحة.

Article 9: Waiver

البند 9: التنازل

No waiver by a Party of any breach of these terms shall take effect or be binding upon the Party unless it is in writing and signed by the Party and, unless otherwise expressly stated therein, any waiver shall be limited to the specific breach waived.

لن يكون أي تنازل من قبل أي طرف عن أي إخلال بهذه البنود نافذاً أو ملزماً لهذا الطرف ما لم يكن خطياً وموقعاً منه. وما لم يذكر صراحة خلافاً لذلك في التنازل، سيكون أي تنازل مقصوراً على الإخلال الذي تم التنازل عنه.

Article 10: Termination

البند 10: الإنهاء

10.1 Notice: Either Party may terminate this Agreement by providing at least 60 calendar days written notice to the other Party, prior to 31 December of the contractual year, stating its intention not to renew.

1.10 الإشعار: يجوز لأي من الطرفين إنهاء هذه الاتفاقية عن طريق تقديم إشعار كتابي إلى الطرف الآخر لا تقل مدته عن 60 يوما ميلاديا قبل 31 ديسمبر من السنة التعاقدية، يعلمه بنيته في عدم التجديد.

10.2 Minimum Disruption: Termination of this Agreement for whatever cause shall be without prejudice to the other Parties' accrued rights and obligations in respect of the period prior to termination. On termination, for whatever cause, the Parties shall cooperate with each other so as to minimize disruption to any Beneficiary or Provider and in particular to avoid disruption in the provision of treatment so that incomplete Healthcare Services for In-patient shall be completed and paid. New Out-patient services following termination shall not be paid.

2.10 حد أدنى للتعطيل: يكون إنهاء هذه الاتفاقية، ولأي سبب كان، بدون الإخلال بحقوق والتزامات الطرف الآخر فيما يتعلق بالفترة السابقة للإنهاء. وعند الإنهاء، ولأي سبب كان ، يجب على الطرفين التعاون للتقليل من التعطيل اللاحق بأي مستفيد أو مزوّد، وعلى وجه الخصوص تجنب التعطيل في تقديم العلاج بحيث يتم استكمال خدمات الرعاية الصحية غير المكتملة للمرضى المقيمين داخل المستشفيات والدفع نظيرها. ولن يتم الدفع نظير الخدمات الجديدة لمرضى العيادات الخارجية بعد إنهاء الإتفاقية.

10.3 Material Breach: Subject to continuation of uncompleted medical services to Beneficiary, either Party shall be entitled to terminate this Agreement, with the respective defaulted Party, and with immediate effect by written notice to the other Party if the other Party:

3.10 الإخلال الجوهري: مع مراعاة استمرار الخدمات الطبية غير المكتملة إلى المستفيد، يحق لأي من الطرفين أنهاء هذه الاتفاقية، مع الطرف الآخر المقصّر، فوراً وبموجب إشعار كتابي إذا كان الطرف الآخر

(a) Makes a serious or persistent default in performing and observing any of its obligations under this Agreement and, where such default is capable of remedy, fails to remedy it within 30 calendar days after service of written notice which identifies the default and requires it to be remedied; or

(أ) قصّر بشكل خطير أو مستمر في تنفيذ أو التقيد بأي من التزاماته بموجب هذه الاتفاقية، وأخفق في معالجة التقصير- عندما يكون التقصير قابلا للمعالجة - خلال 30 يوما ميلاديا من تاريخ تبليغ الإشعار الكتابي الذي يحدد التقصير ويطلب منه معالجته، أو

(b) is unable to pay its debts or is liable to be wound-up by a court of competent jurisdiction; or

(ب) غير قادر على سداد ديونه أو كان عرضة للحل من قبل محكمة ذات اختصاص قضائي، أو

(c) Loses its HAAD authorization or fails to renew such an authorization during the validity of this Agreement as determined by HAAD.

(ج) فقد الترخيص الصادر له من هيئة الصحة أو أخفق في تجديده أثناء سريان مفعول هذه الاتفاقية وفق ما تقرره هيئة الصحة.

10.4 Consequences of Termination

4. 10 تبعات الإنهاء

Upon Termination or non-renewal of this Agreement, and unless otherwise requested by the IC, the Provider:

عند إنهاء أو عدم تجديد هذه الاتفاقية، وما لم تطلب شركة التأمين خلاف ذلك ، فإن على المزوّد:

(a) Shall continue and complete any Healthcare Service provided to a Beneficiary who remains under the Provider's care on or after the effective date of termination of this Agreement until such time that the Beneficiary is fully discharged or unless otherwise requested by the IC. The Provider agrees that the Beneficiary shall not be financially responsible for any Healthcare Services (except for payments related to Deductible/Co-Payment) provided during any Admission approved by the IC. IC shall render payment in accordance with the terms under the Authorization request and in accordance with the fees established under the terms of this Agreement.

(أ) الإستمرار في استكمال خدمات الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيد الذي يظل تحت رعاية المزوّد بتاريخ إنهاء هذه الاتفاقية أو بعده ولغاية الوقت الذي يتم فيه إخراج المستفيد بصورة تامة أو ما لم تطلب شركة التأمين خلافا لذلك. ويوافق المزوّد على عدم مسؤولية المستفيد المالية عن أي خدمات للرعاية الصحية (باستثناء الدفعات المتعلقة بنسبة/بمبالغ التحمل) تم تقديمها أثناء دخوله المستشفى بموافقة شركة التأمين. وتقوم شركة التأمين بالدفع وفقا لبنود طلب الموافقة وللأتعاب والرسوم المقررة بموجب هذه الإتفاقية.

(b)Acknowledges the right of the IC to inform the Beneficiary, or any other third party, of the termination of this Agreement. Further, both Parties shall carry out a final reconciliation in respect of all Claims hereunder.

(ب) الإقرار بحق شركة التأمين في إبلاغ المستفيد، أو أي طرف ثالث آخر، بإنهاء الاتفاقية. علاوة على ذلك، على الطرفين إجراء تسوية نهائية فيما يتعلق بكافة المطالبات بموجب هذه الاتفاقية.

(c) Shall cooperate with the IC or any other party appointed by the IC to ensure minimum disruption to the IC and/or Beneficiary and to guarantee that the Healthcare Services are completely provided to the Beneficiary.

(ج) التعاون مع شركة التأمين أو أي طرف آخر معيّن من قبلها لضمان الحد الأدنى من التعطيل لشركة التأمين و/أو المستفيد وضمان تقديم خدمات الرعاية الصحية بالكامل إلى المستفيد.

(d) Shall immediately stop using any reference that may mislead the public and give the impression that the Provider is still under contractual relation with the IC.

(د) التوقف فورا عن استخدام أي إشارة من شأنها تضليل الجمهور وإعطاء انطباع بأن المزوّد لا يزال يرتبط بعلاقة تعاقدية مع شركة التأمين.

(e) Shall forthwith suspend the use of any trademark, service mark, sign, trade name or any other element of the intellectual property rights relating to the IC. The Provider shall hand over, remove or destroy as requested by the IC any stickers, brochures, advertisements or other materials provided to the Provider during the performance of its obligations hereunder.

(هـ) الإمتناع فورا عن استخدام أي علامة تجارية أو علامة خدمة أو لافتة أو اسم تجاري أو أي عنصر آخر من حقوق الملكية الفكرية العائدة لشركة التأمين. ويجب على المزوّد، وفق ما تطلبه شركة التأمين، تسليم أو إزالة أو إتلاف أي ملصقات أو كراسات أو إعلانات أو مواد أخرى تم تسليمها إليه أثناء تنفيذه لالتزاماته بموجب هذه الاتفاقية.

Article 11: Governing Law & Dispute Resolution

البند 11: القانون المطبق وحل النزاعات

11.1 This Agreement shall be governed by and construed in accordance with the laws of Abu Dhabi and applicable laws of the United Arab Emirates.

1.11 تخضع هذه الاتفاقية وتفسر وفقا لقوانين أبو ظبي والقوانين النافذة في الإمارات العربية المتحدة.

11.2 All disputes arising from the interpretation, implementation or termination of the Agreement herein may be submitted to the Grievances & Appeals Unit of the HAAD for an amicable settlement, and any other dispute resolution procedures shall be of no force and effect unless and until the complaints procedure set out in HAAD has been exhausted. IC must make available reconciliation statements to Providers upon request and for dispute resolution, HAAD will make available reconciliation data via its post office according to the format laid out in Appendix (VI)

2.11 يجوز إحالة كافة النزاعات الناشئة عن تفسير أو تنفيذ أو إنهاء هذه الاتفاقية إلى قسم النزاعات في هيئة الصحة – ابوظبي لأجل تسويتها بصورة ودية، ولن يكون لأي من إجراءات حل النزاعات الأخرى أي قوة أو أثر ما لم وحتى يتم استنفاد إجراءات الشكاوى المقررة لدى هيئة الصحة. ويجب على شركة التأمين توفير بيانات التسوية للمزوّدين عند الطلب. وبالنسبة لحل النزاعات، تقوم هيئة الصحة – أبوظبي بتوفير بيانات التسوية عن طريق عنوانها البريدي ووفقا للصيغة الواردة في الملحق (6) .

11.3 If the dispute or conflict is not resolved in accordance with paragraph 11.2 here-above, all disputes shall be referred to and determined by the Abu Dhabi Courts, which shall have exclusive jurisdiction to settle any dispute arising out of or in connection with this Agreement.

3.11 إذا لم يتم حل النزاع أو الخلاف وفقا للفقرة 2.11 أعلاه، فيجب إحالة كافة النزاعات إلى محاكم أبو ظبي للفصل فيها . ويكون لهذه المحاكم الاختصاص القضائي الحصري لتسوية أي نزاع ينشأ عن هذه الاتفاقية أو يرتبط بها.

Article 12: Notices

البند 12: الإشعارات

12.1 All notices to be made hereunder or in connection with this Agreement, shall be in writing in the Arabic or English languages and shall be sent by (i) facsimile; or (ii) personal delivery (iii) electronic mail ("Email") or courier to the facsimile numbers and addresses indicated below or such other facsimile number or address as either Party may notify to the other Party from time to time:

1.12 يجب أن تكون جميع الإشعارات الصادرة بموجب هذه الاتفاقية أو المرتبطة بها خطية بإحدى اللغتين العربية أو الإنجليزية وأن يتم إرسالها بواسطة (1) الفاكس أو (2) التسليم الشخصي أو (3) البريد الإلكتروني ("البريد الإلكتروني") أو بريد خدمة توصيل الطرود إلى أرقام الفاكسات والعناوين المبينة أدناه وفق ما يخطر به أي من الطرفين الطرف الآخر من وقت لآخر :

12.2 Notices or communications should be sent to the following address:

2.12 يجب إرسال الإشعارات أو المراسلات إلى العنوان التالي :

IC:	**National Health Insurance Co.- Daman P.J.S.C**	شركة التأمين: **الشركة الوطنية للضمان الصحي (ضمان) ش.م.ع**
Name of Person:	**Dr. Naim Andrea**	اسم الشخص : **د. نعيم أندريا**
Address:	**Provider Relations Department - Hamdan Street Millennium Tower Building, P.O.Box 128888, Abu Dhabi, UAE**	العنوان: **شارع حمدان، برج الميلينيوم، دائرة علاقات مزودي الرعاية الصحية، ص. ب. 12888، ابوظبي، الامارات العربية المتحدة**
Provider:	**Amrita Medical Centre**	المزوّد: **مركز عمريتا الطبي**
Name of Person:	**Dr. Abdul Kareem Ismail Hasan Al Ramahi**	اسم الشخص: **د. عبد الكريم اسماعيل حسن الرمحي**
Address:	**Zayed 1st Street, Private Real Estate Administration Building, P.O.Box 651, Abu Dhabi, UAE**	العنوان: **شارع زايد الاول، بناية ادارة العقارات الخاصة، ص. ب. 651، ابوظبي، الامارات العربية المتحدة**

12.3 Receipt of notices hereunder shall be effective on:

3.12 يكون استلام الإشعارات بموجب هذه الاتفاقية صحيحاً :

(a) for notices provided by facsimile, the date of sending set forth in the confirmation receipt produced by the sender's facsimile machine provided that if the date of sending is a Friday or Saturday or a public holiday in Abu Dhabi then the notice shall be deemed effective on the following Sunday or next day when businesses are generally in Abu Dhabi.

(أ) بالنسبة للإشعارات المرسلة بواسطة الفاكس، بتاريخ الإرسال الظاهر في جدول تأكيد الإرسال الصادر عن جهاز الفاكس لدى المرسل، شريطة أنه إذا كان تاريخ الإرسال يوم جمعة أو يوم سبت أو يوم عطلة رسمية في أبو ظبي، فإن الإشعار يعتبر نافذا في يوم الأحد التالي أو اليوم التالي الذي يستأنف فيه العمل عادة في أبو ظبي.

(b) for notices provided by personal delivery or courier, actual delivery as confirmed by signed receipt; for notices provided by Email, the date of sending set forth in the read receipt produced by the recipient provided that if the date of sending is a Friday or Saturday or a public holiday in Abu Dhabi, then the read receipt shall be deemed effective on the following Sunday or next day when businesses are generally in Abu Dhabi; and

(ب) بالنسبة للإشعارات المقدمة بواسطة التسليم الشخصي أو بريد خدمة توصيل الطرود، فإن التسليم الفعلي كما هو مؤكد بموجب الإيصال الموقع، وبالنسبة للإشعارات المقدمة بواسطة البريد الإلكتروني، فإن تاريخ الإرسال هو التاريخ الظاهر في إيصال القراءات المقدم من المستلم شريطة أنه إذا كان تاريخ الإرسال يوم جمعة أو يوم سبت أو يوم عطلة رسمية في أبو ظبي، فإن إيصال القراءة يعتبر نافذا في يوم الأحد التالي أو اليوم التالي الذي يستأنف فيه العمل عادة في أبو ظبي

(c) If any notice is sent by more than one of the above listed methods, notice will be deemed received on the earliest possible date in accordance with the above provisions .

(ج) إذا تم إرسال أي إشعار بواسطة أكثر من وسيلة واحدة من تلك المبينة أعلاه، فإن الإشعار يعتبرمستلماً في أقرب تاريخ ممكن وفقا للوارد أعلاه.

Article 13: Miscellaneous

البند 13: متفرقات

13.1 Assignment: having regard to licensure requirements, the Provider/IC may subcontract but may not assign any of its rights and obligations under this Agreement to any person or entity without the prior written consent of the other party.

1.13 الحوالة: بالنظر إلى متطلبات الترخيص، يجوز للمزوّد/شركة التأمين التعاقد من الباطن ولكن لا يجوز له تحويل أو التنازل عن أي من حقوقه والتزاماته بموجب هذه الاتفاقية إلى أي شخص أو كيان بدون الموافقة الخطية المسبقة للطرف الآخر.

13.2 Severance: If a provision of this Agreement or a part thereof, for any reason, is held invalid, unenforceable, or contrary to the applicable law, the remaining provisions remain in full force and with legal effect. The Parties agree to redraft any provisions held invalid, unenforceable or contrary to the applicable law to express their original intent as far as possible to comply with the applicable law.

2.13 فصل الأحكام: إذا تبين أن أحد أحكام هذه الاتفاقية أو جزءاً منه، ولأي سبب كان ، غير صحيح أو غير قابل للتنفيذ أو يتعارض والقانون المطبق، فإن الأحكام الباقية تظل نافذة تماما وسارية المفعول قانونا. ويوافق الطرفان على إعادة صياغة أي أحكام يتبين بأنها غير صحيحة أو غير قابلة للتنفيذ أو تتعارض والقانون المطبق، وبما يعبّر عن نيتيما الأصلية بالقدر الممكن للتقيد بالقانون المطبق.

13.3 Indemnification: Each Party agrees to defend, indemnify and hold the other Parties, their employees, agents and representatives harmless against all claims, damages, liabilities and expenses actually incurred or imposed upon them in connection with any negligent act or failure to act by the party who caused the harm or breach of any obligation under the provisions of this Agreement by itself, its employees, agents or representatives. This provision shall survive the termination of this Agreement.

3.13 براءة الذمة: يوافق كل طرف على أن يحمي ويعوّض ويدفع الضرر عن الأطراف الأخرى وموظفيهم ووكلائهم وممثليهم ضد جميع المطالبات والأضرار والإلتزامات والنفقات التي تكبدوها بالفعل أو تم فرضها عليهم فيما يتعلق بأي فعل إهمال أو تقاعس من قبل الطرف المتسبب بالضرر أو الإخلال بأي التزام بموجب أحكام هذه الاتفاقية سواءً منه شخصيا أو من موظفيه أو وكلائه أو ممثليه. وسيظل هذا الحكم قائما بعد إنهاء هذه الاتفاقية.

13.4 Limitation of Liability: Neither Party shall be liable to the other for any loss of profit, anticipated profits, revenues, anticipated savings, goodwill or business opportunity, or for any indirect or consequential loss or damage.

4.13 تحديد المسئولية: لن يكون أي من الطرفين مسئولا تجاه الآخر عن أي خسارة للربح أو الأرباح المتوقعة أو العائدات أو المدخرات المتوقعة أو السمعة التجارية أو فرص الأعمال، أو عن أي خسارة أو ضرر غير مباشر أو تبعي.

13.5 Status as Independent Entities: The IC and the Provider are independent contractors and nothing in this Agreement shall be construed or deemed to create any other relationship, including one of employment, agency or joint venture. Nor shall this Agreement establish any rights against the IC in favor of any third parties or any persons that are not party to this Agreement.

5.13 الوضع ككيانات مستقلة: شركة التأمين والمزوّد مقاولان مستقلان، ولا شيء في هذه الاتفاقية يجب تفسيره أو اعتباره على أنه يُنشأ أي علاقة أخرى، بما في ذلك علاقة توظيف أو وكالة أو شركة محاصة. ولا تؤسس هذه الاتفاقية لأية حقوق ضد شركة التأمين لصالح أي أطراف ثالثة أو أي أشخاص ليسوا طرفا في هذه الاتفاقية.

13.6 Non-Exclusivity of Contract: This Agreement is non-exclusive and does not prohibit either Party from contracting with other persons or entities for the provision of Health Services as part of the IC's network of Providers or otherwise.

6.13 عدم حصرية العقد: هذه الاتفاقية غير حصرية ولا تمنع أيّا من الطرفين من التعاقد مع أشخاص أو كيانات أخرى لتقديم الخدمات الصحية كجزء من شبكة المزوّدين التابعة لشركة التأمين أو غير ذلك.

13.7 Use of Marks: During the term of this Agreement, the Provider authorizes the IC to list its name as part of the IC's network of Providers to its Beneficiaries. Neither Party shall use the other Party's name, symbol, mark or service mark without prior written consent, which shall not unreasonably be withheld. For the convenience of the Beneficiary, the Provider undertakes to display any sign or sticker provided by IC in order to identify the Provider as a member of the IC's network of Providers.

7.13 استخدام العلامات: أثناء مدة هذه الاتفاقية، يخوّل المزوّد شركة التأمين إدراج اسمه كجزء من شبكة المزوّدين التابعة لشركة التأمين أمام مستفيديها. ولا يجوز لأي من الطرفين استخدام اسم أو رمز أو علامة أو علامة الخدمة الخاصة بالآخر بدون موافقة خطية مسبقة، والتي لن يتم منعها بدون سبب معقول. ولأجل مصلحة المستفيد، يتعهد المزوّد بعرض أي لافتة أو ملصق مقدم من قبل شركة التأمين لأجل التعريف بالمزوّد كعضو في شبكة المزوّدين التابعة لشركة التأمين.

13.8 The Provider Manual shall not contain any procedures or requirements that conflict with, modify or materially supplement any requirement set out in the Law, the Rules or this Agreement.

8.13 لا يجب أن يتضمن دليل المزوّد إجراءات أو متطلبات تتعارض مع أو تعدل أو تكمل ماديّا أي متطلب مبيّن في القانون أو النظم أو هذه الاتفاقية.

13.9 In the event of any conflict between this Agreement and the Rules the Rules shall take precedence.

9.13 في حالة وجود أي تعارض بين هذه الاتفاقية والنظم، تكون الأولوية للنظم.

13.10 In fulfilling their obligations under this Agreement, the Parties shall at all times comply with the Law and the Rules .

10.13 بتنفيذهما لالتزاماتهما بموجب هذه الاتفاقية، على الطرفين التقيد بالقانون والنظم في جميع الأوقات.

13.11 The Arabic version of this Agreement will prevail over all other languages in case of dispute.

11.13 في حال وجود أي خلاف، يسود النص العربي على ما عداه من النصوص باللغات الأخرى.

13.12 The Parties shall provide HAAD with a signed copy of this Agreement and any updates, changes or termination thereto.

12.13 على الطرفين تزويد هيئة الصحة- أبوظبي بنسخة موقعة من هذه الاتفاقية وأي تحديثات أو تغييرات أو إنهاء لها.

IN WITNESS whereof this Agreement has been signed today by duly authorized representatives of the parties.

وإشهادا بذلك، تم توقيع هذه الاتفاقية في هذا اليوم من قبل ممثلي الطرفين المخوّلين حسب الأصول .

Abu Dhabi			أبو ظبي
Authorized Representative:	**Dr. Jad Aoun**	**د. جاد عون**	الممثل المخوّل:
Date:			التاريخ:
For and on behalf of IC			بالنيابة عن شركة التأمين
Name:	**National Health Insurance Co.- Daman P.J.S.C**	**الشركة الوطنية للضمان الصحي (ضمان) ش.م.ع**	الاسم:
Signature & Stamp:			التوقيع والختم :

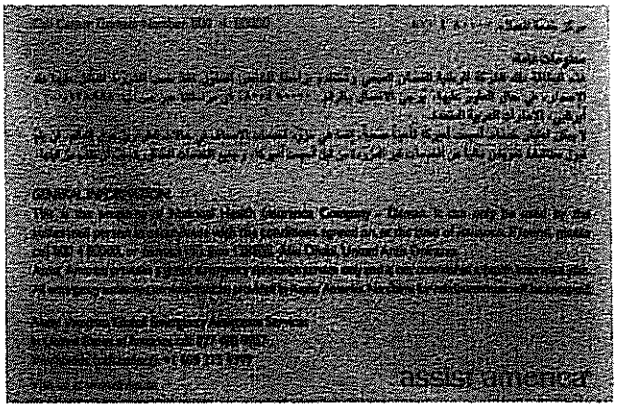
Authorized Representative:	**Dr. Abdul Kareem Ismail Hasan Al Ramahi**	**د. عبد الكريم اسماعيل حسن الرمحي**	الممثل المخوّل:
Date:			التاريخ:
For and on behalf of Provider			بالنيابة عن المزوّد
Name:	**Amrita Medical Centre**	**مركز عمريتا الطبي**	الاسم:
Signature & Stamp:			التوقيع والختم :

Appendix I – List of Provider Branches

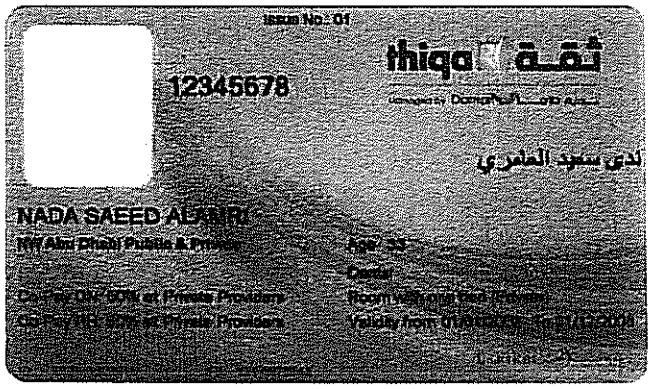
HAAD License No.	Name of Branch	Location	Telephone No.	Fax No.
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

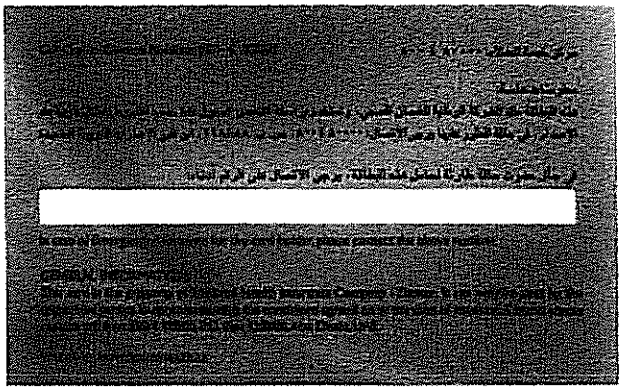
Appendix II – Membership Card

THIQA C1 Card

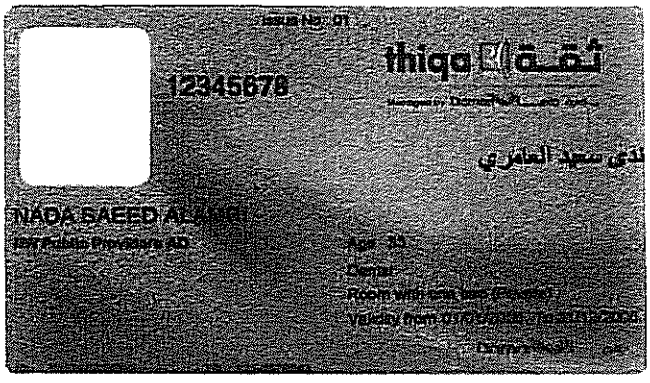


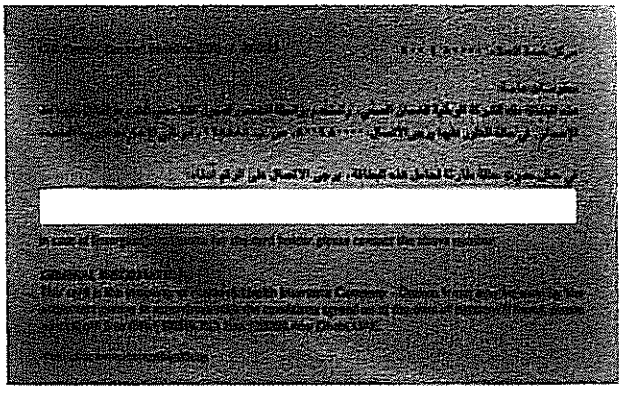
THIQA C2 Card



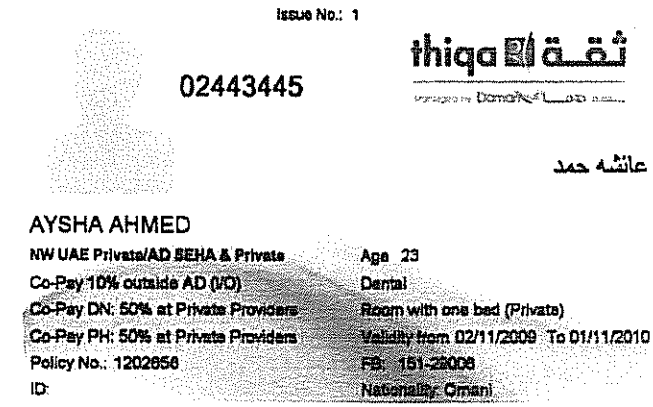


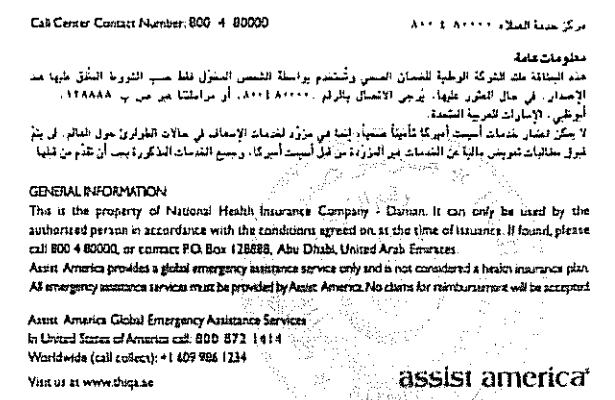
THIQA C3 Card



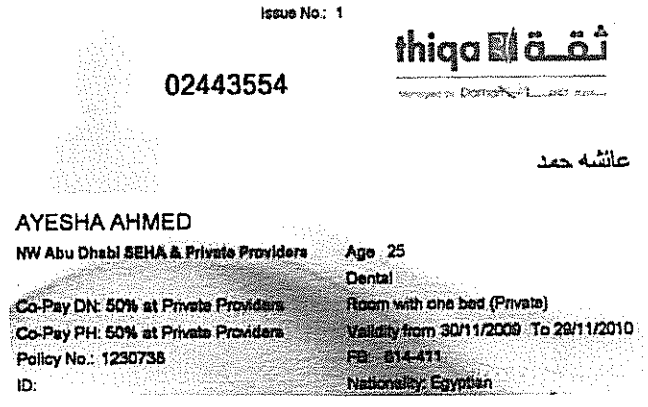


THIQA Non Nationals Card
THIQA C1 Card

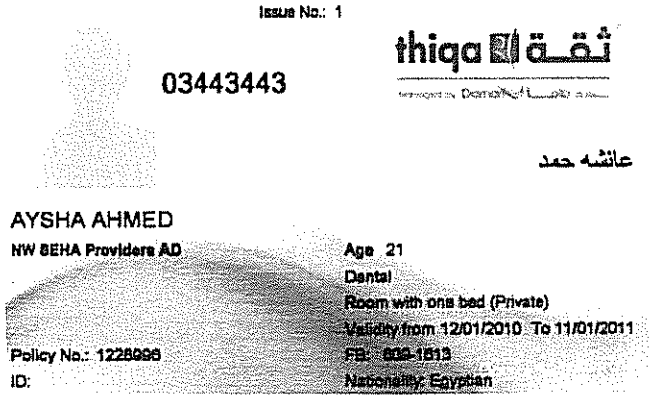




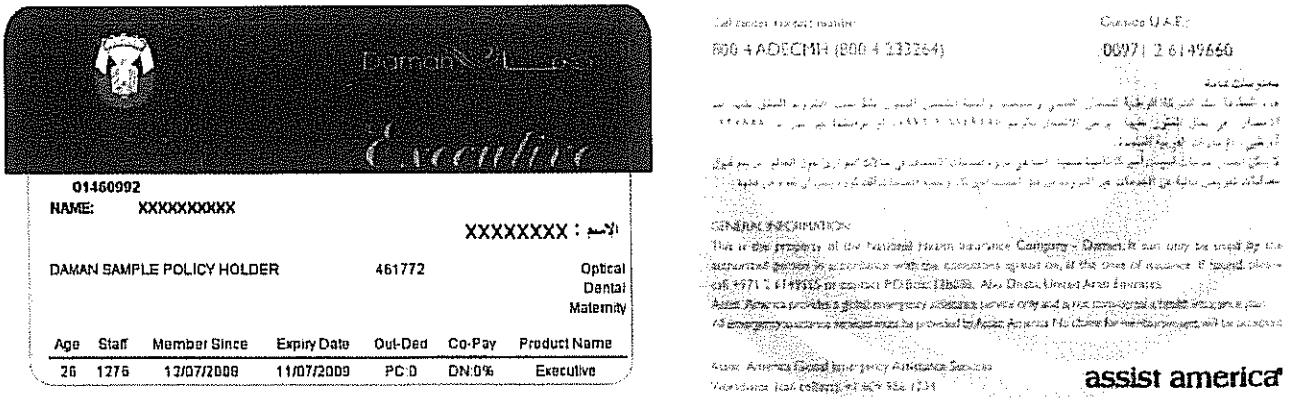
THIQA C2 Card



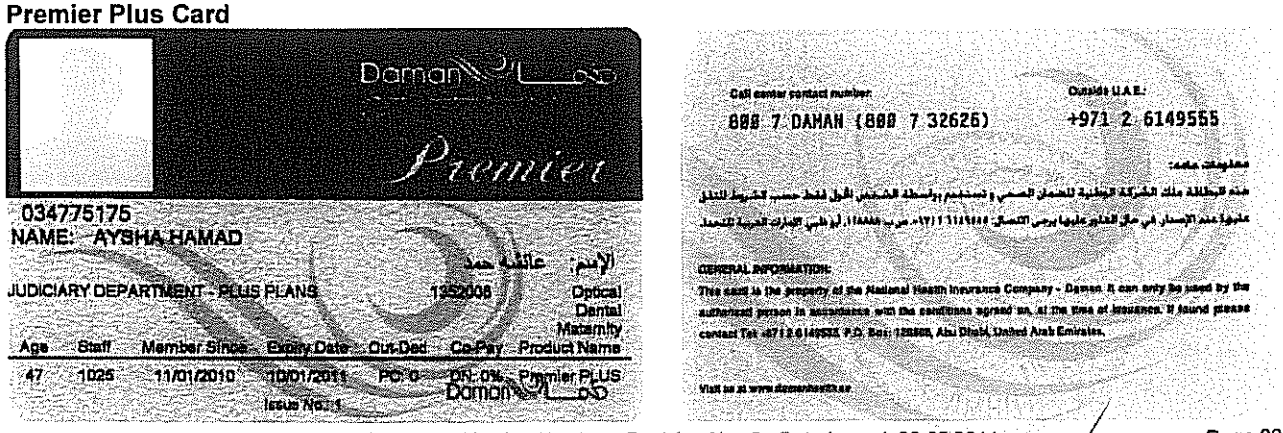
THIQA C3 Card



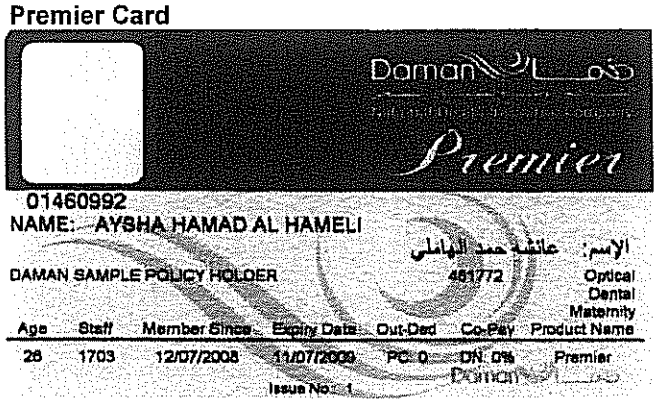
Executive Card

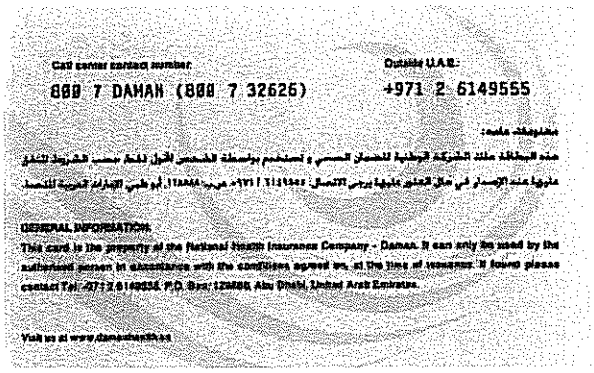


Premier Plus Card

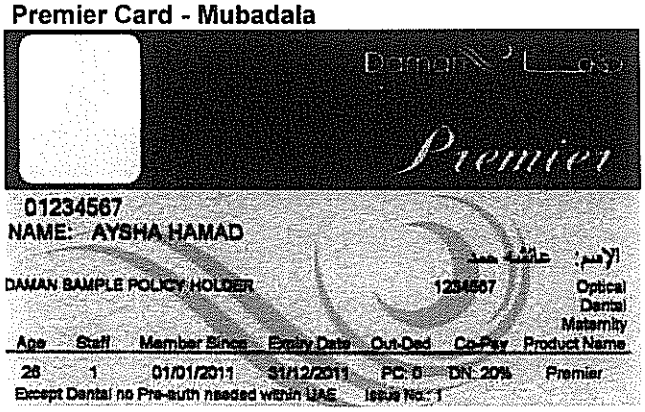


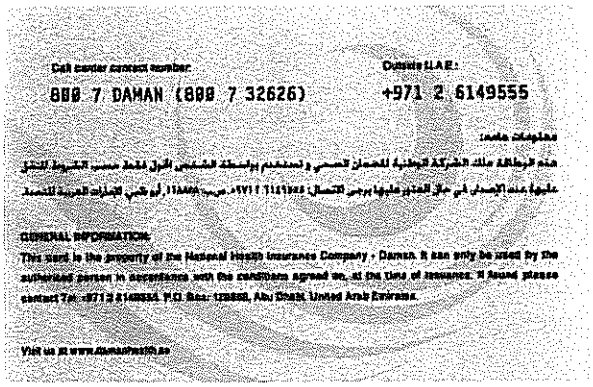
Premier Card



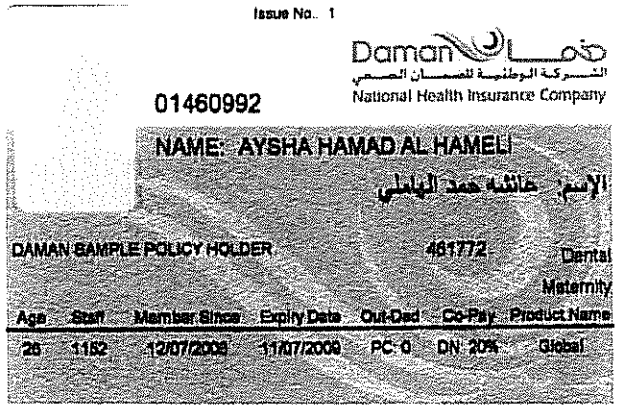


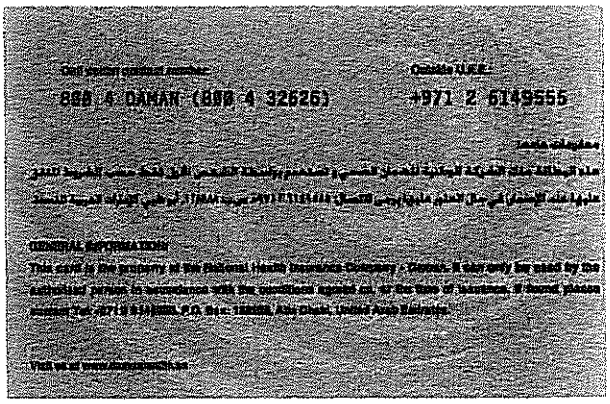
Premier Card - Mubadala



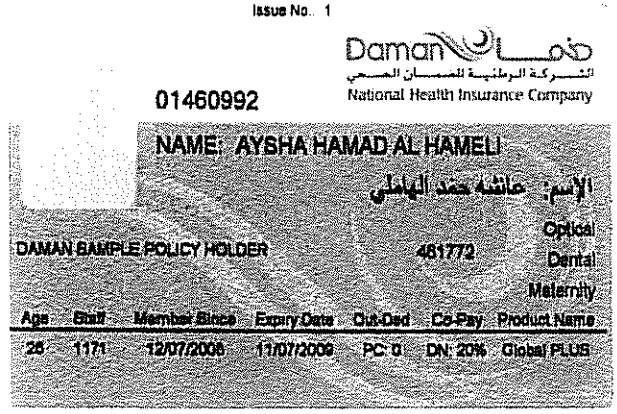


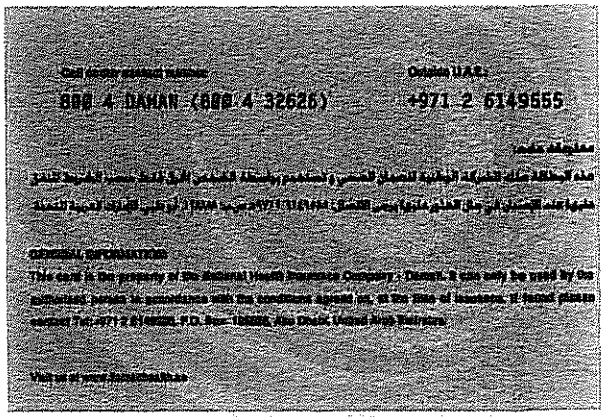
Global Card



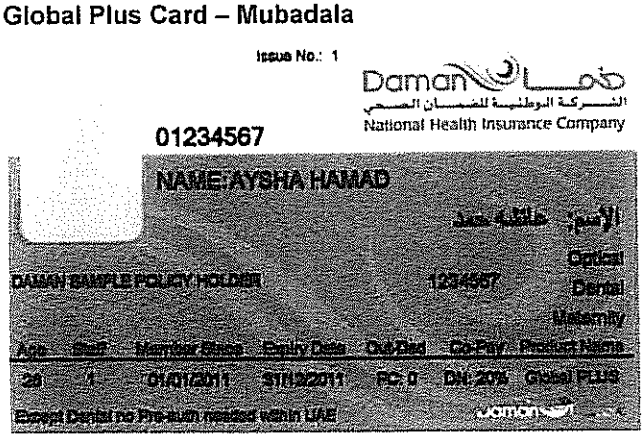


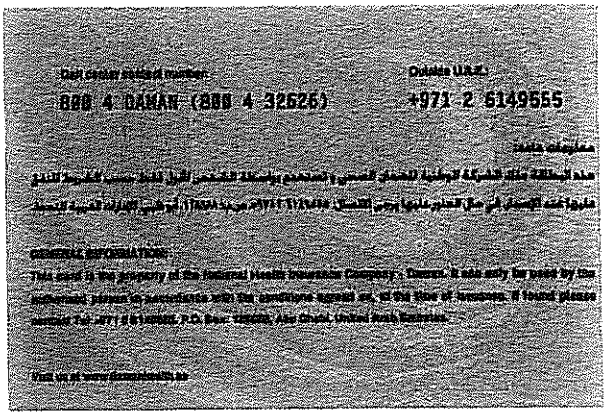
Global Plus Card



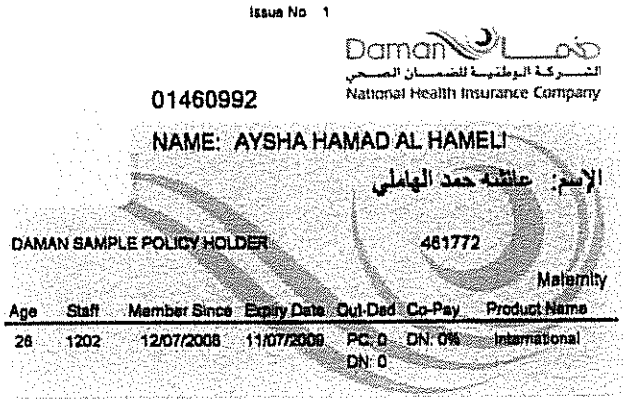


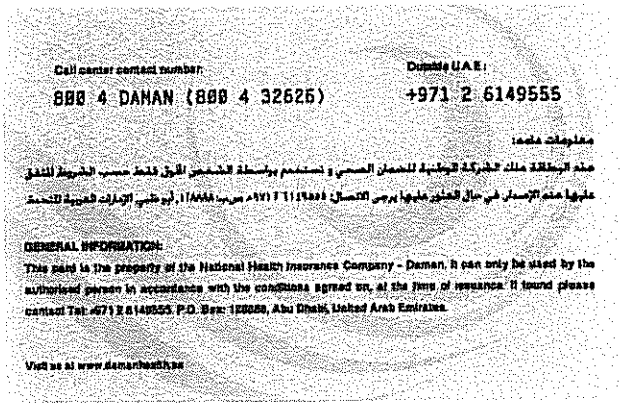
Global Plus Card – Mubadala



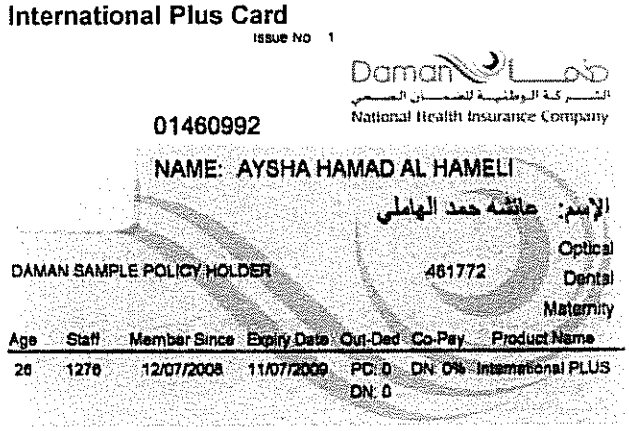


International Card

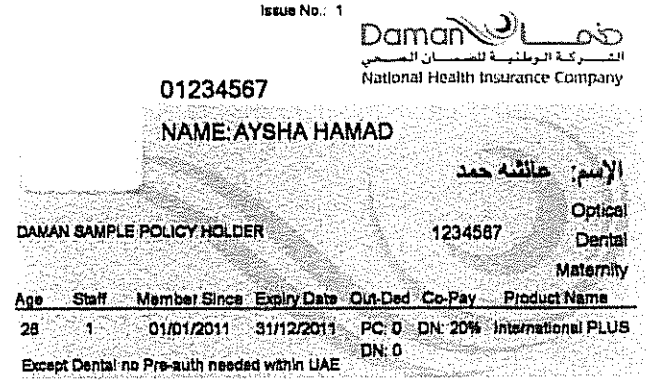


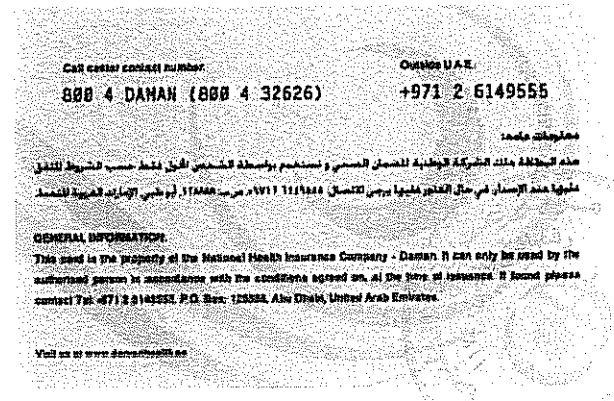


International Plus Card

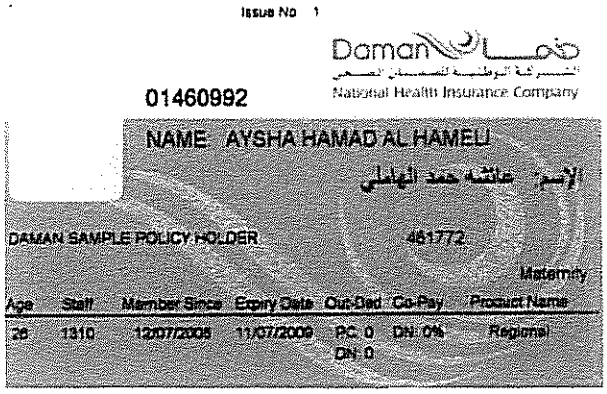


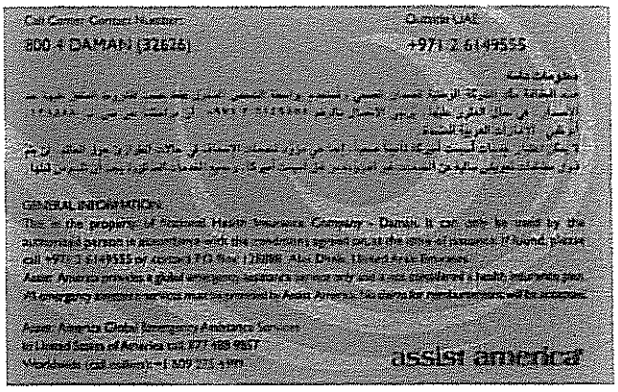
International Plus Card – Mubadala

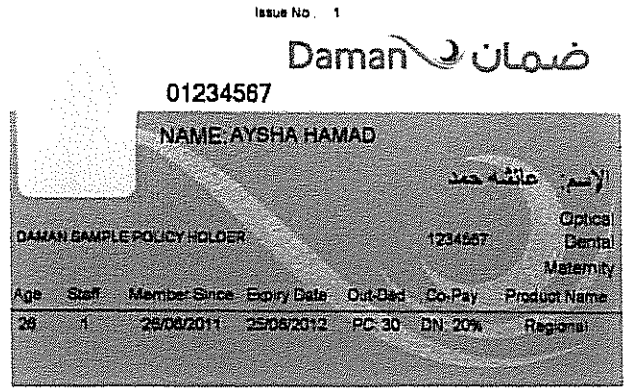


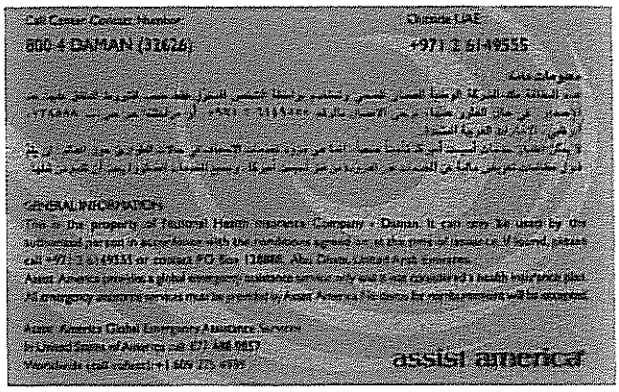


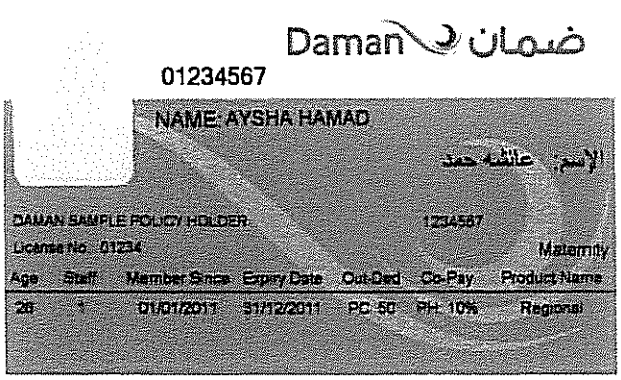
Regional Card

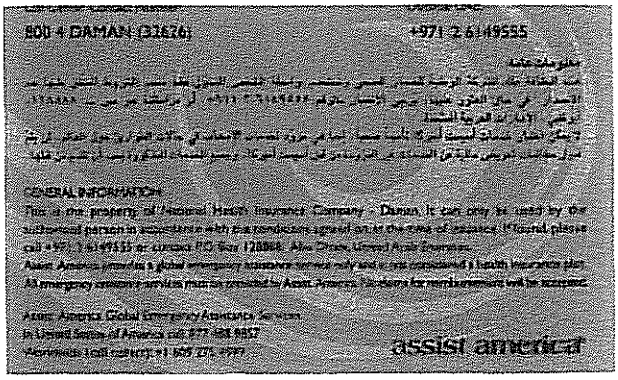




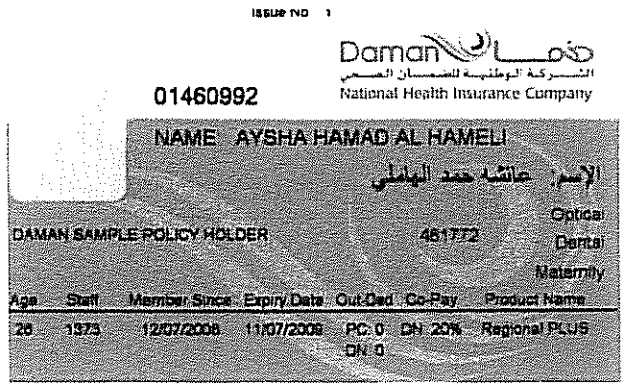


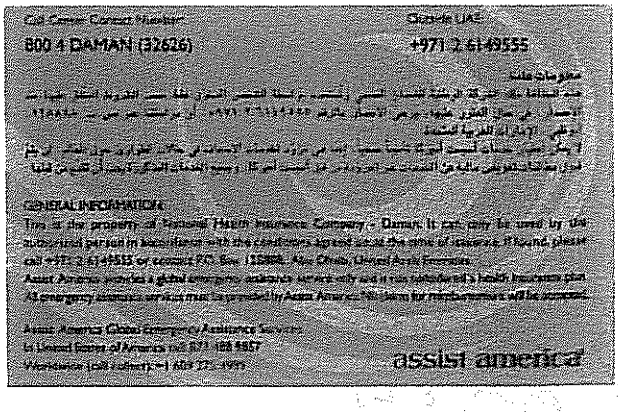




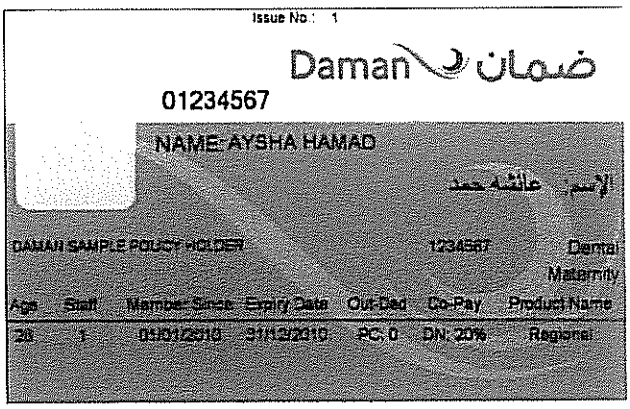


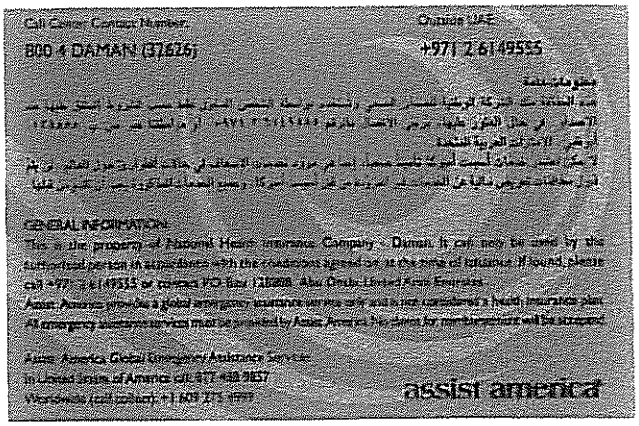
Regional Plus Card



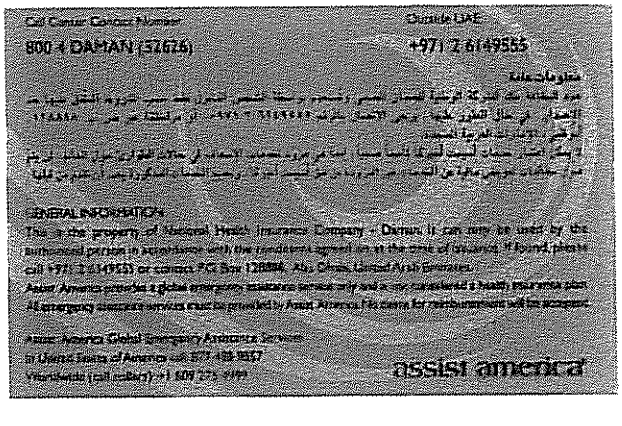


Regional Plus Card – Mubadala

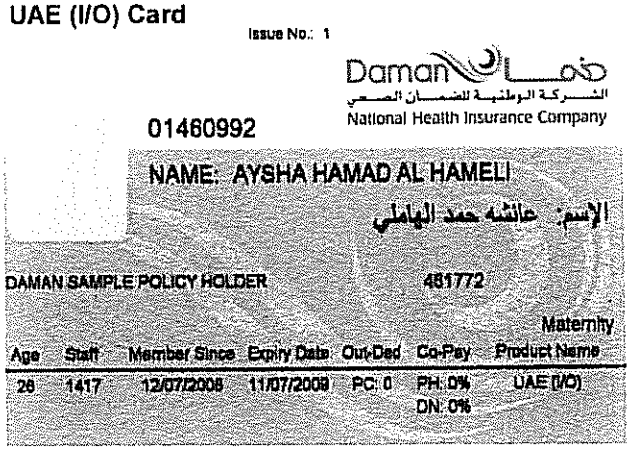


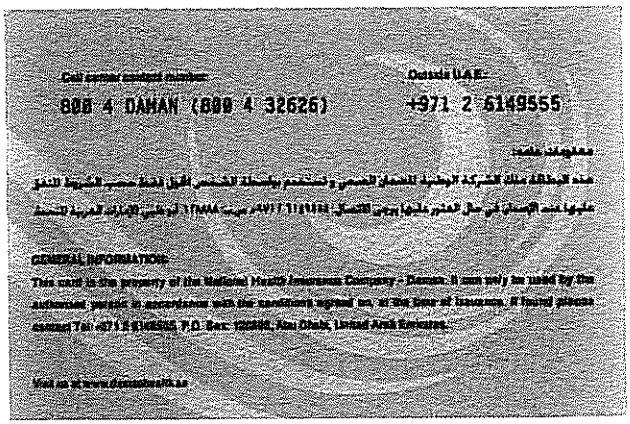


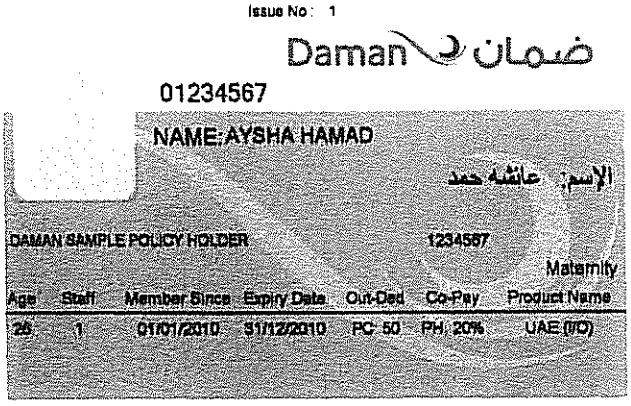
Regional Extended Card

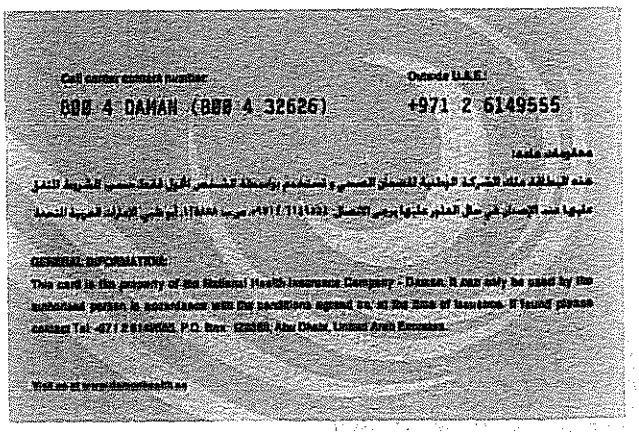


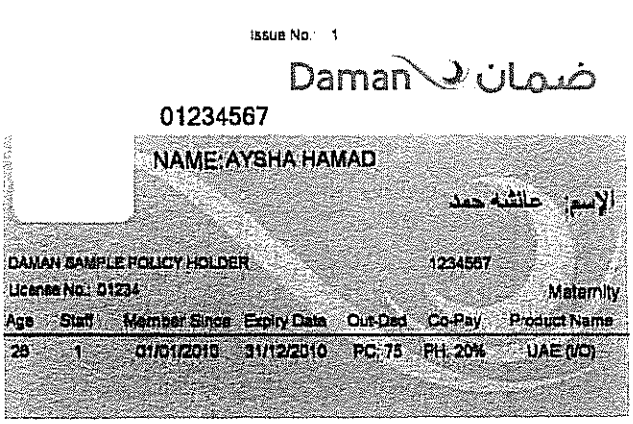
UAE (I/O) Card

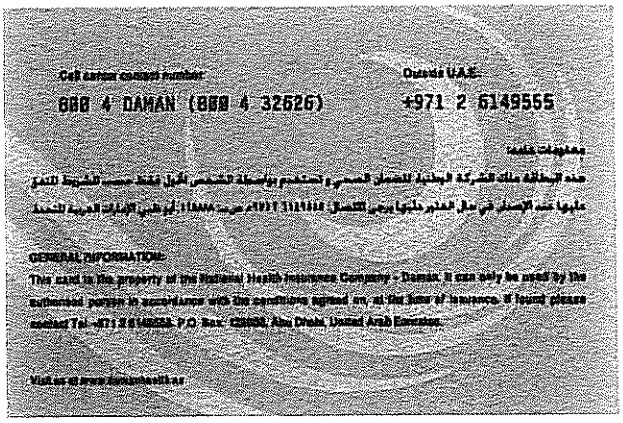


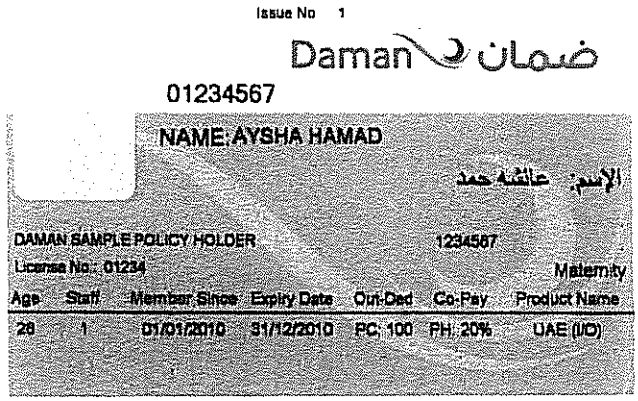


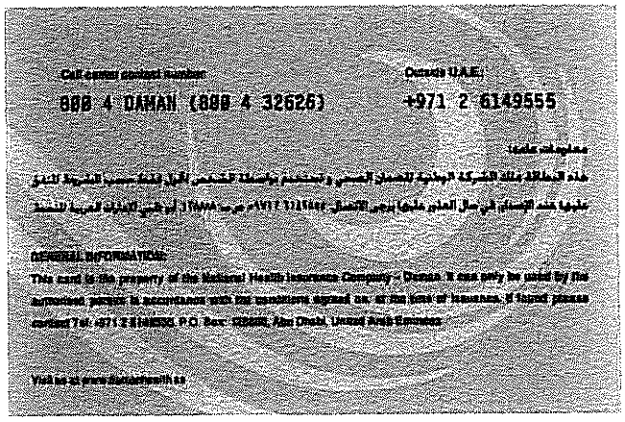




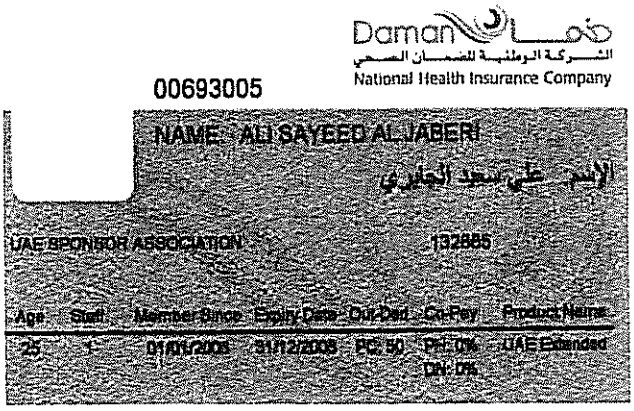


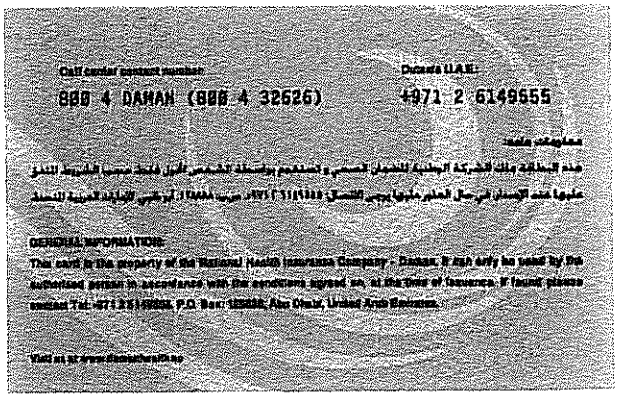




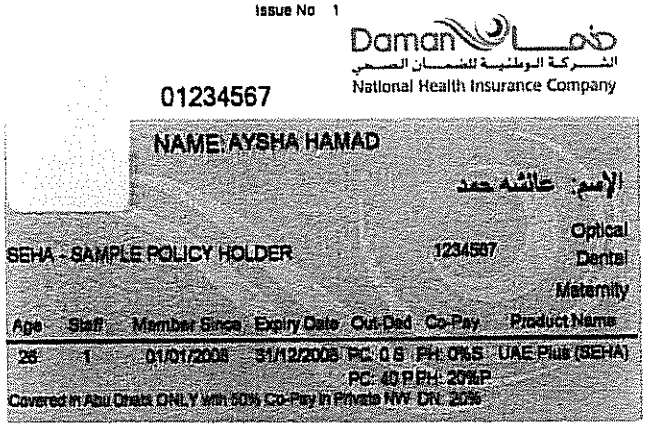


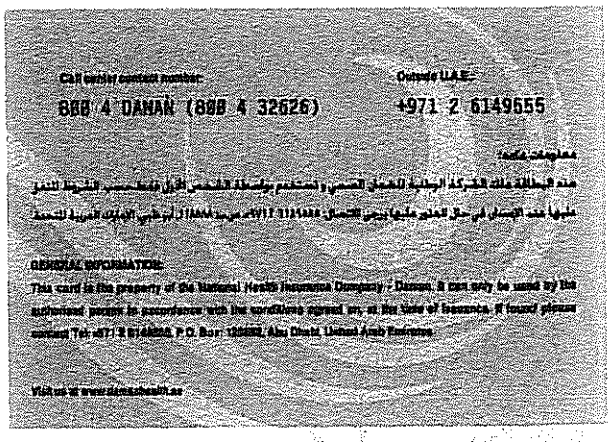
UAE Extended Card



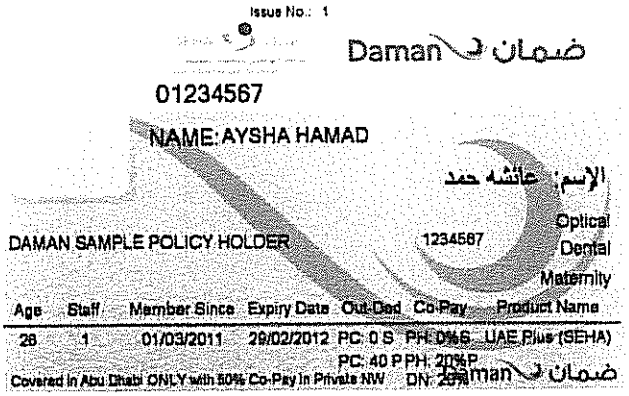


UAE Plus SEHA





UAE Plus Plan - SEHA & Mandates


Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

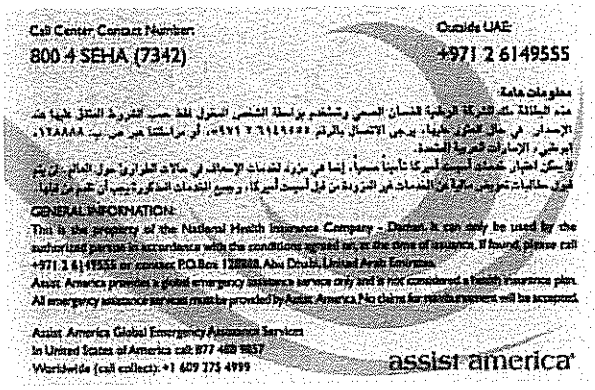
الإسم: عائشه حمد

Optical
Dental
Maternity

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/03/2011	29/02/2012	PC: 0 S	PH: 0%S	UAE Plus (SEHA)
				PC: 40 P	PH: 20%P	
Covered in Abu Dhabi ONLY with 50% Co-Pay in Private NW				DN: 20%		

Daman ضمان


Call Center Contact Number: Outside UAE:

800 4 SEHA (7342) +971 2 6149555

معلومات عامة

GENERAL INFORMATION:

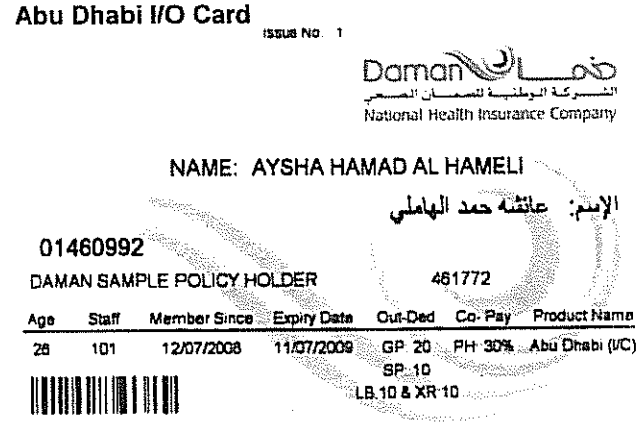
This is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorized person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found, please call +971 2 6149555 or contact P.O.Box 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Assist America provides a global emergency assistance service only and is not considered a health insurance plan. All emergency assistance services must be provided by Assist America. No claims for reimbursement will be accepted.

Assist America Global Emergency Assistance Services
In United States of America call: 877 469 9857
Worldwide (call collect): +1 609 275 4999

assist america

Abu Dhabi I/O Card


Issue No. 1

Daman ضمان
الشركة الوطنية للتأمين الصحي
National Health Insurance Company

NAME: AYSHA HAMAD AL HAMELI

الإسم: عائشه حمد الهاملي

01460992

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 461772

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	101	12/07/2008	11/07/2009	GP: 20	PH: 30%	Abu Dhabi (I/C)
				SP: 10		
				LB:10 & XR:10		

Call center contact number: Outside U.A.E.

800 4 DAMAN (800 4 32626) +971 2 6149555

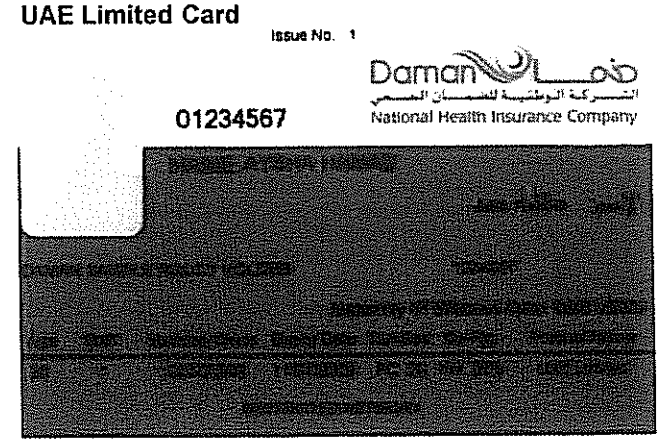
معلومات عامه:

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorized person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555 P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

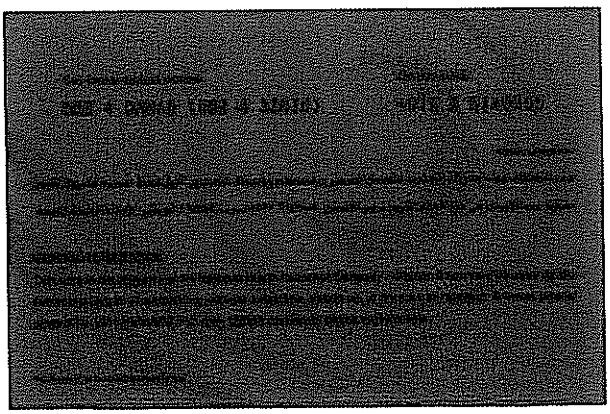
Visit us at www.damanhealth.ae

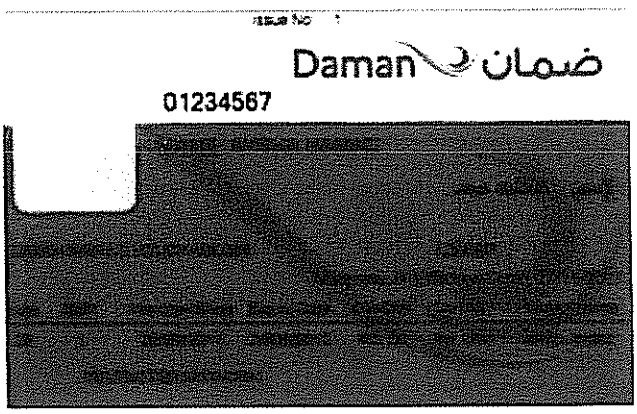
UAE Limited Card


Issue No. 1

Daman ضمان
الشركة الوطنية للتأمين الصحي
National Health Insurance Company

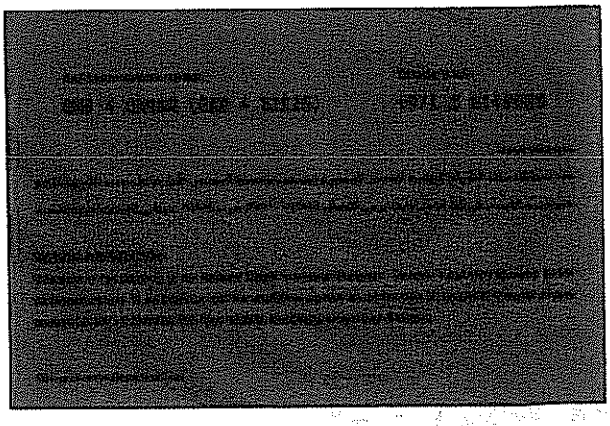
01234567



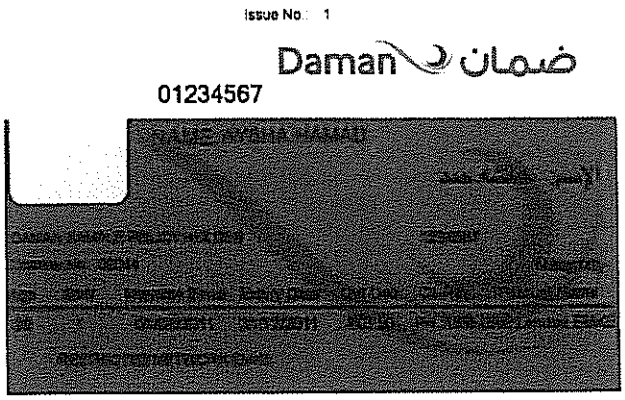

Issue No. 1

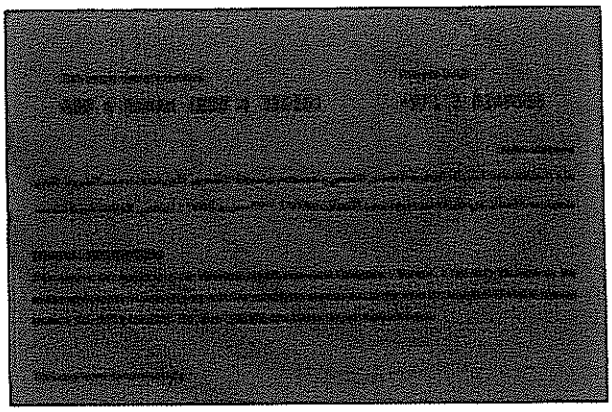
Daman ضمان

01234567

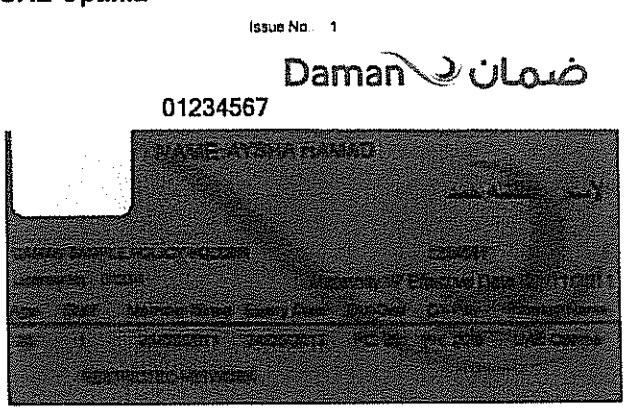


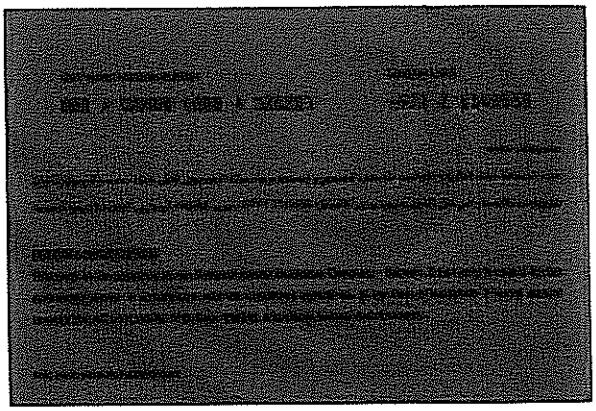
UAE Limited EMKE Card

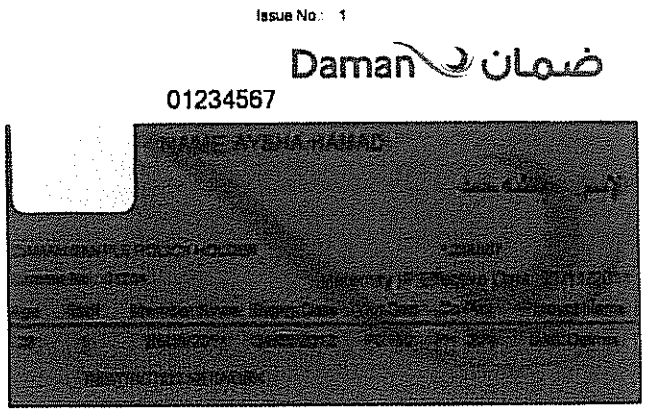


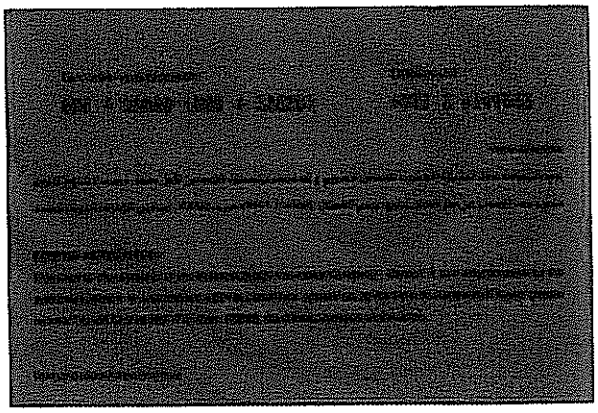


UAE Optima

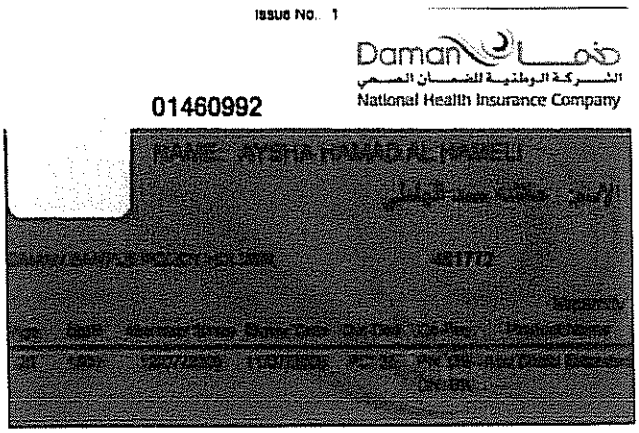


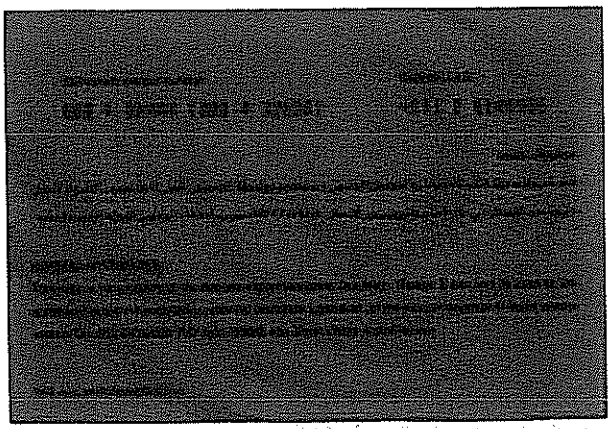




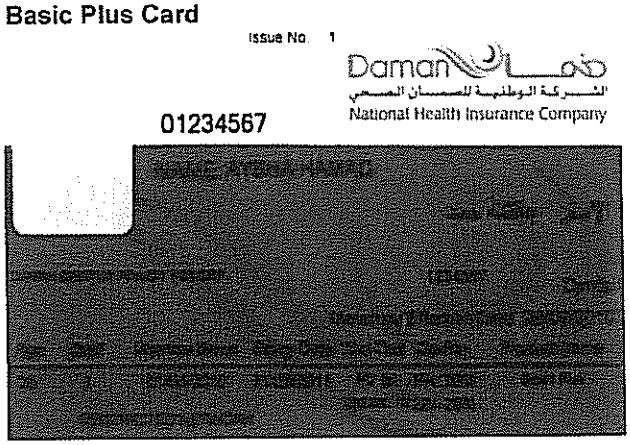


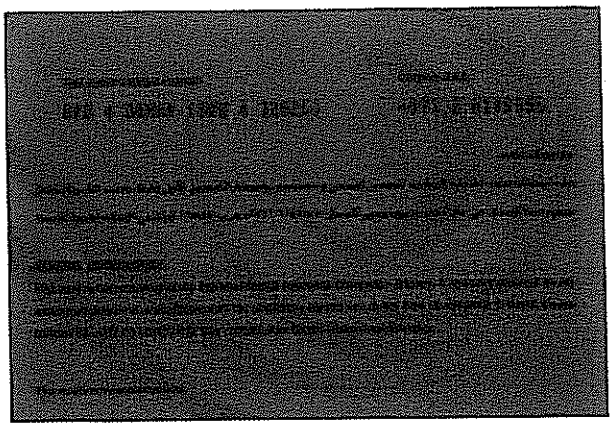
Abu Dhabi Extended Card



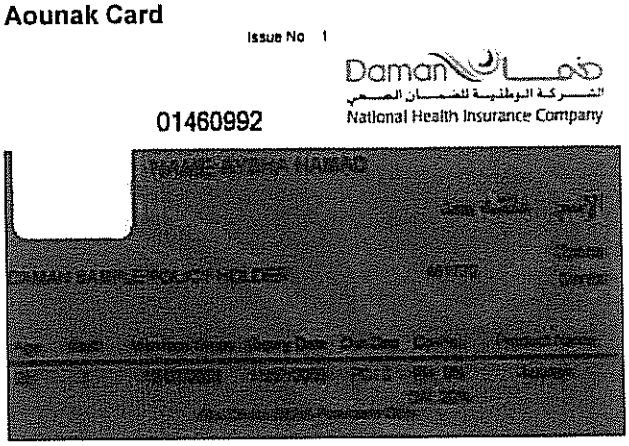


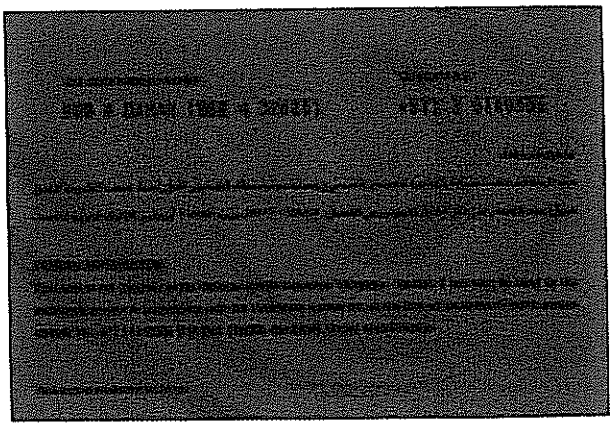
Basic Plus Card



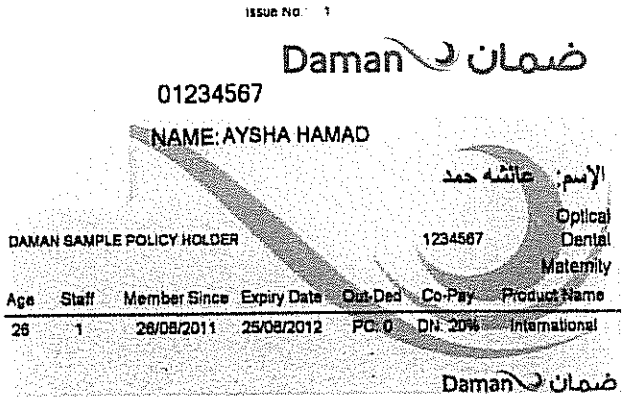


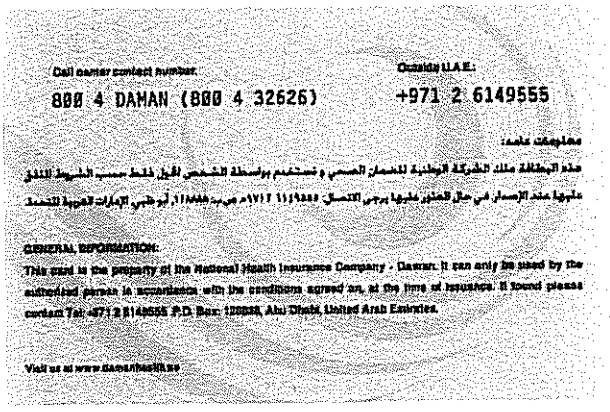
Aounak Card

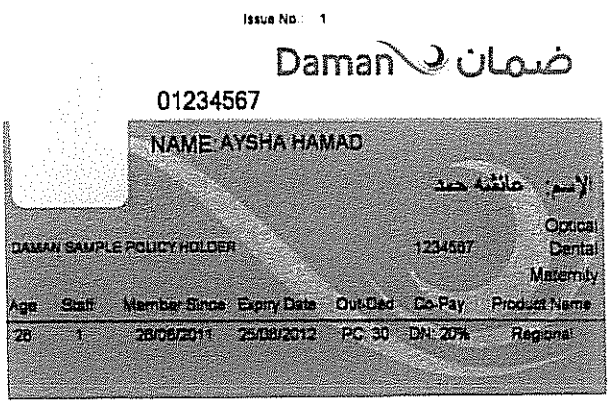


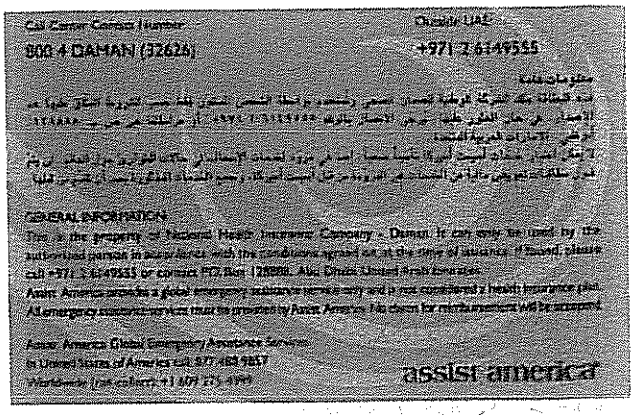


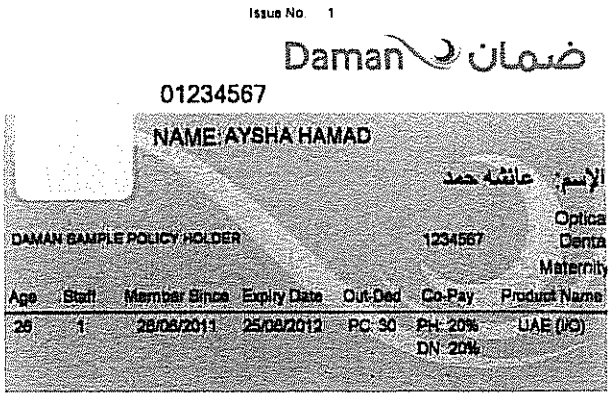
ADVETI Card

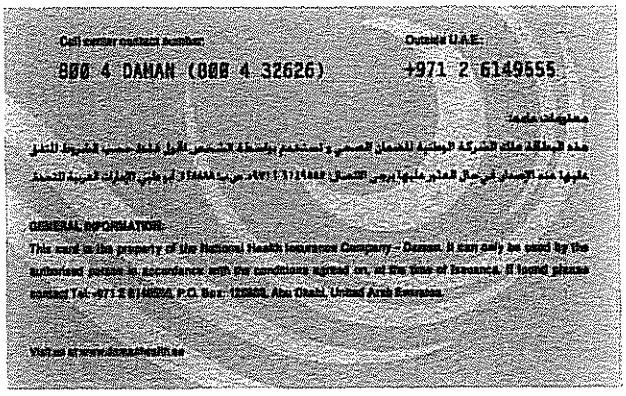




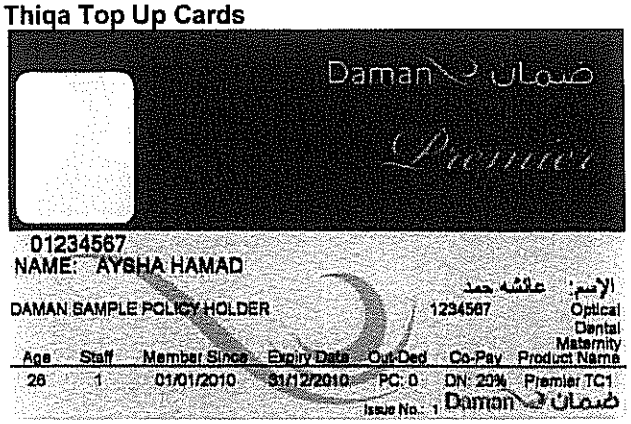


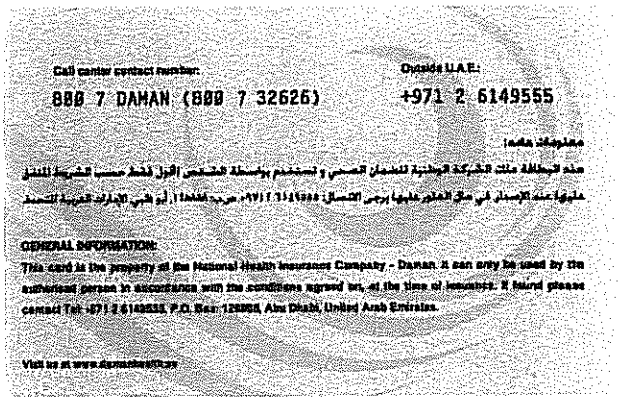


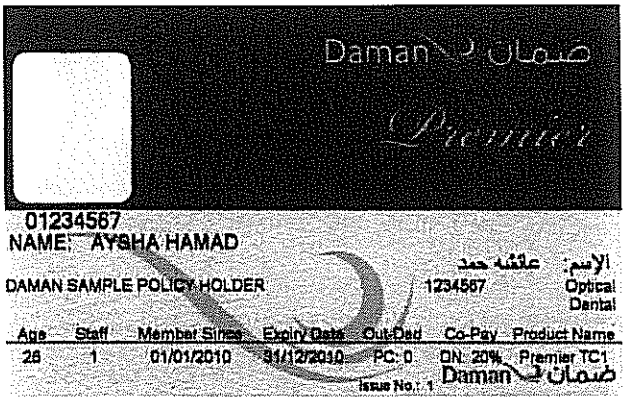


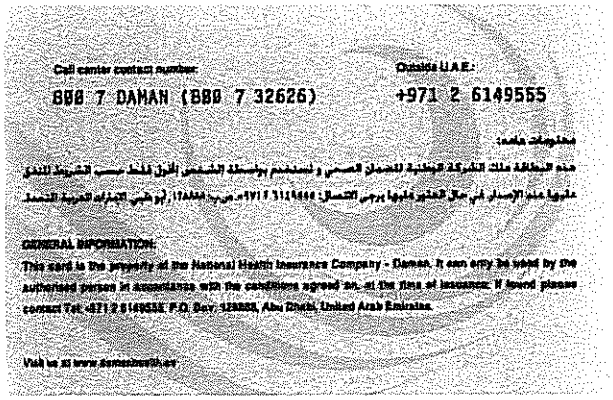


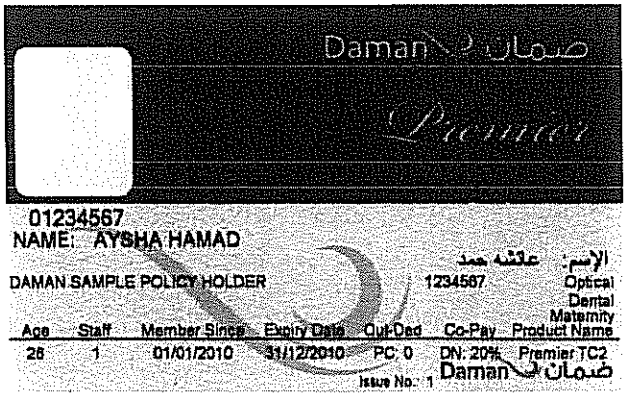
Thiqa Top Up Cards

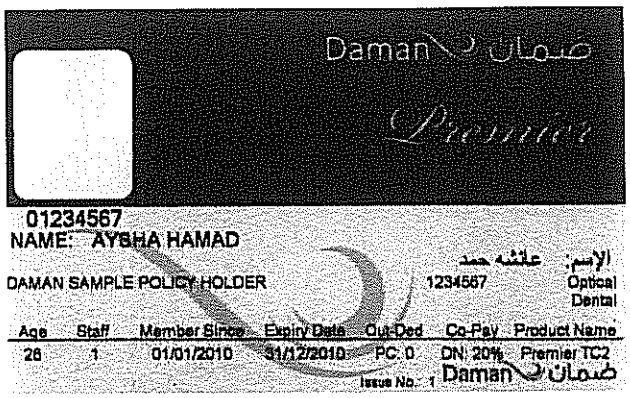


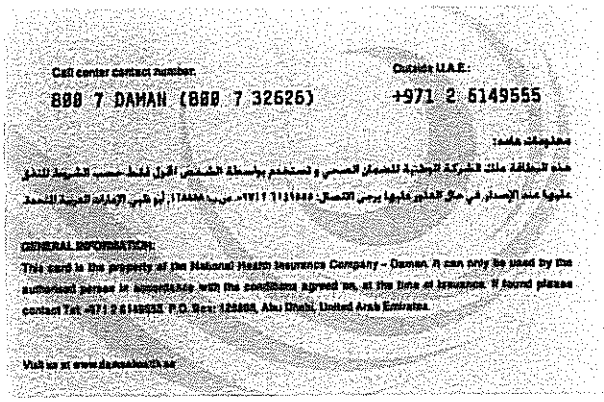


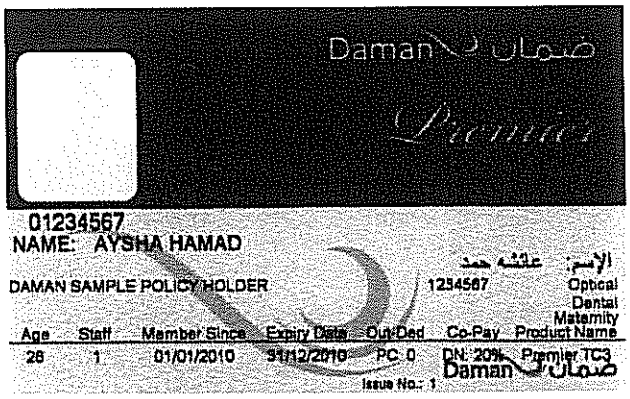


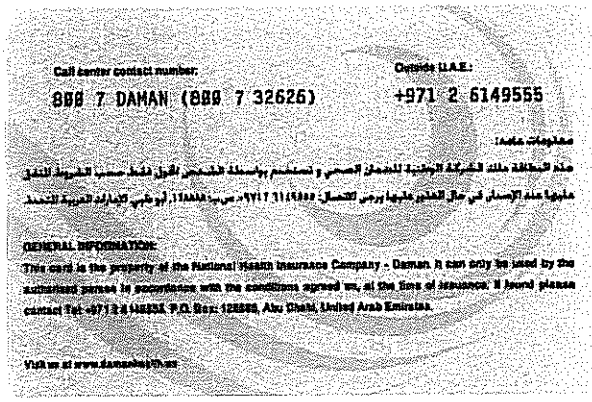


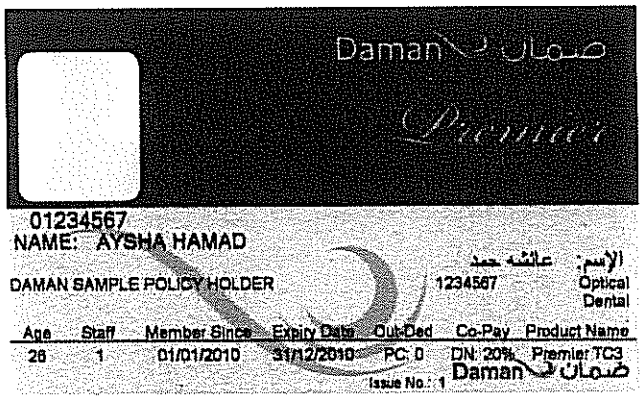


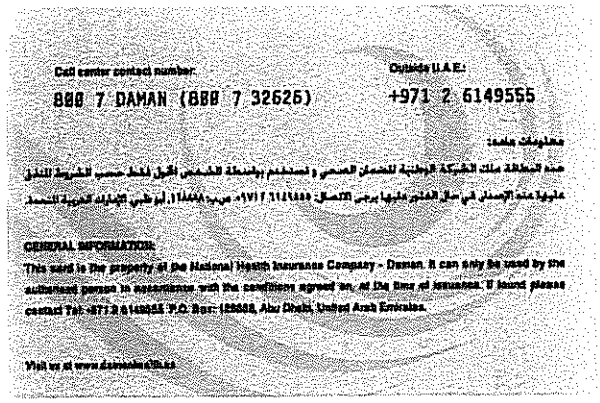

Daman ضمان
Premier
01234567
NAME: AYSHA HAMAD
الإسم: عائشه حمد
DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER
1234567
Optical
Dental
Age Staff Member Since Expiry Date Out-Ded Co-Pay Product Name
26 1 01/01/2010 31/12/2010 PC: 0 DN: 20% Premier TC2
Issue No.: 1
Daman ضمان

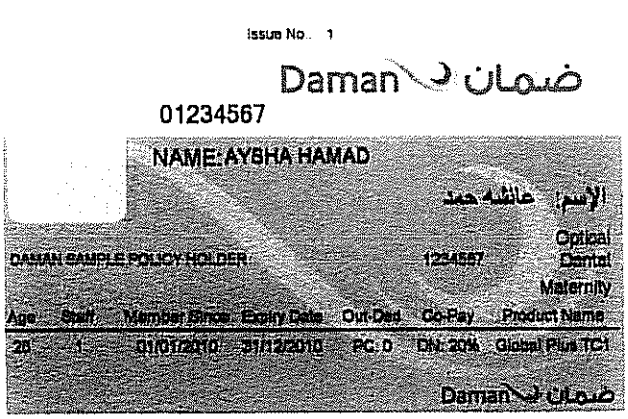

Call center contact number:
800 7 DAMAN (800 7 32626)
Outside U.A.E.:
+971 2 6149555
GENERAL INFORMATION:
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555 P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.
Visit us at www.damanhealth.ae

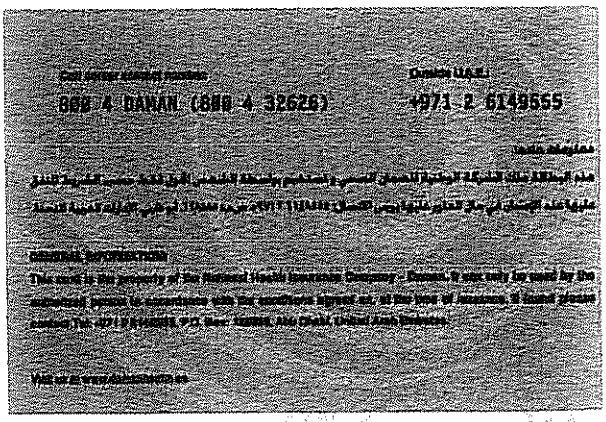

Daman ضمان
Premier
01234567
NAME: AYSHA HAMAD
الإسم: عائشه حمد
DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER
1234567
Optical
Dental
Maternity
Age Staff Member Since Expiry Date Out-Ded Co-Pay Product Name
26 1 01/01/2010 31/12/2010 PC: 0 DN: 20% Premier TC3
Issue No.: 1
Daman ضمان


Call center contact number:
800 7 DAMAN (800 7 32626)
Outside U.A.E.:
+971 2 6149555
GENERAL INFORMATION:
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555 P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.
Visit us at www.damanhealth.ae


Daman ضمان
Premier
01234567
NAME: AYSHA HAMAD
الإسم: عائشه حمد
DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER
1234567
Optical
Dental
Age Staff Member Since Expiry Date Out-Ded Co-Pay Product Name
26 1 01/01/2010 31/12/2010 PC: 0 DN: 20% Premier TC3
Issue No.: 1
Daman ضمان


Call center contact number:
800 7 DAMAN (800 7 32626)
Outside U.A.E.:
+971 2 6149555
GENERAL INFORMATION:
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555 P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.
Visit us at www.damanhealth.ae


Issue No.: 1
Daman ضمان
01234567
NAME: AYSHA HAMAD
الإسم: عائشه حمد
DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER
1234567
Optical
Dental
Maternity
Age Staff Member Since Expiry Date Out-Ded Co-Pay Product Name
26 1 01/01/2010 31/12/2010 PC: 0 DN: 20% Global Plus TC1
Daman ضمان


Call center contact number:
800 4 DAMAN (800 4 32626)
Outside U.A.E.:
+971 2 6149555
General Information:
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555 P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.
Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No. 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 0	DN: 20%	Global Plus TC1

Daman ضمان

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626) Outside U.A.E.: +971 2 6149555

معلومات عامة:

هذه البطاقة ملك الشركة الوطنية للضمان الصحي و تستخدم بواسطة الشخص الأول فقط حسب الشروط المتفق عليها عند الإصدار في حال العثور عليها يرجى الاتصال: +971 2 6149555 ص.ب 128888 أبوظبي الإمارات العربية المتحدة

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorized person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No. 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental Maternity

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 25	DN: 20%	Global Plus TC1

Daman ضمان

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626) Outside U.A.E.: +971 2 6149555

معلومات عامة:

هذه البطاقة ملك الشركة الوطنية للضمان الصحي و تستخدم بواسطة الشخص الأول فقط حسب الشروط المتفق عليها عند الإصدار في حال العثور عليها يرجى الاتصال: +971 2 6149555 ص.ب 128888 أبوظبي الإمارات العربية المتحدة

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorized person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No. 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 25	DN: 20%	Global Plus TC1

Daman ضمان

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626) Outside U.A.E.: +971 2 6149555

معلومات عامة:

هذه البطاقة ملك الشركة الوطنية للضمان الصحي و تستخدم بواسطة الشخص الأول فقط حسب الشروط المتفق عليها عند الإصدار في حال العثور عليها يرجى الاتصال: +971 2 6149555 ص.ب 128888 أبوظبي الإمارات العربية المتحدة

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorized person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No. 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental Maternity

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 0	DN: 20%	Global Plus TC2

Daman ضمان

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626) Outside U.A.E.: +971 2 6149555

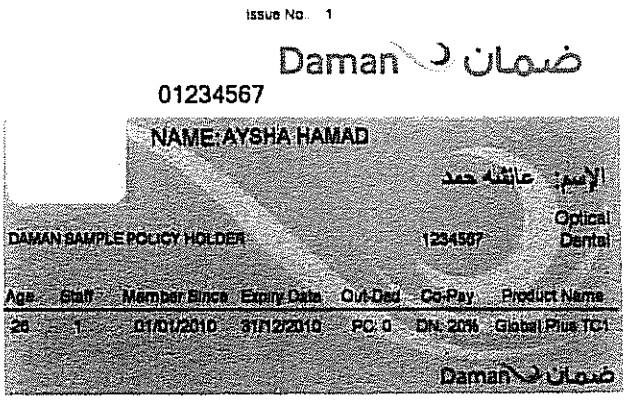
معلومات عامة:

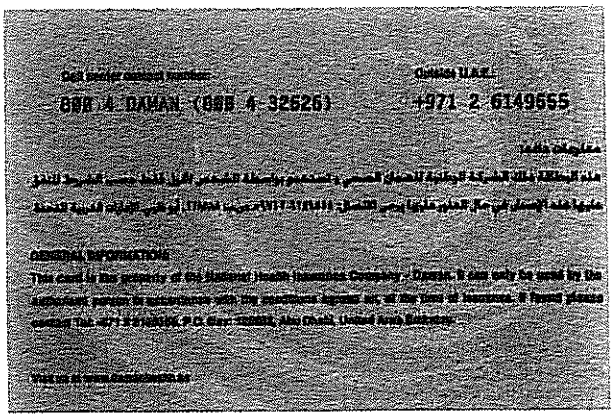
هذه البطاقة ملك الشركة الوطنية للضمان الصحي و تستخدم بواسطة الشخص الأول فقط حسب الشروط المتفق عليها عند الإصدار في حال العثور عليها يرجى الاتصال: +971 2 6149555 ص.ب 128888 أبوظبي الإمارات العربية المتحدة

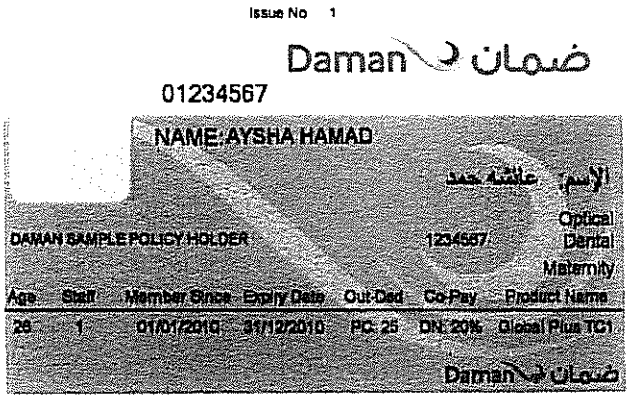
GENERAL INFORMATION:

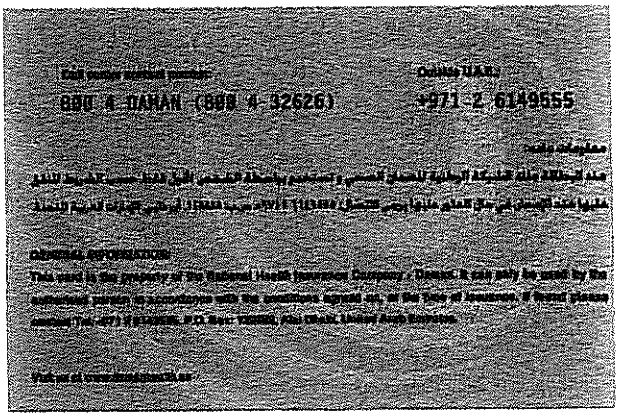
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorized person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

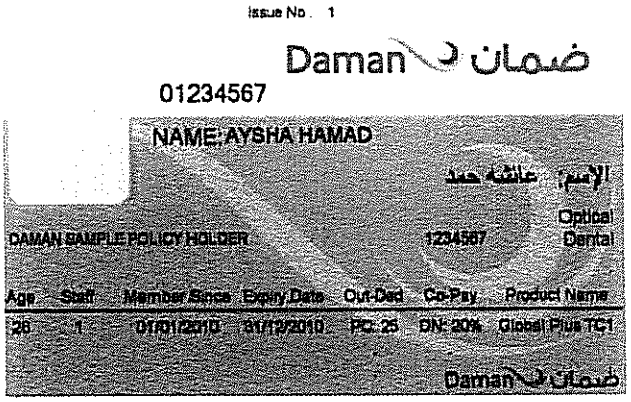
Visit us at www.damanhealth.ae

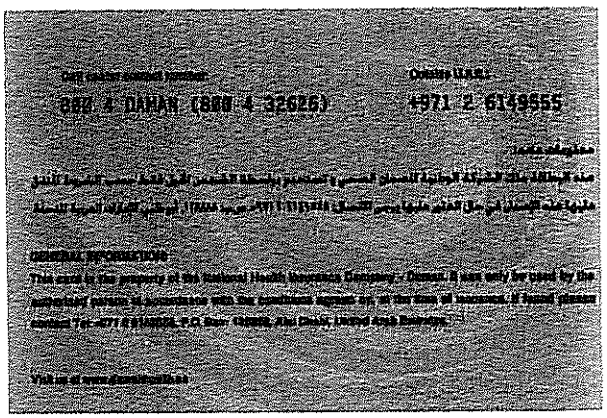


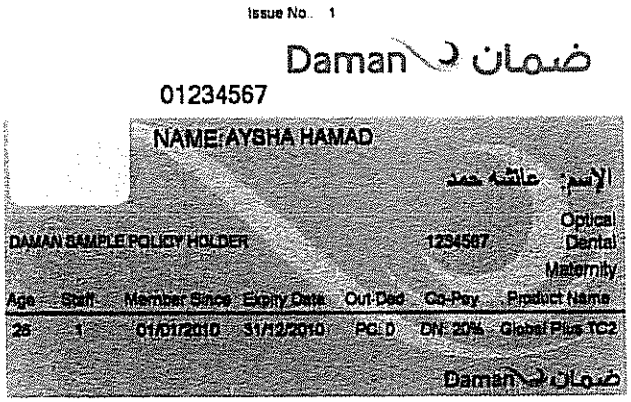


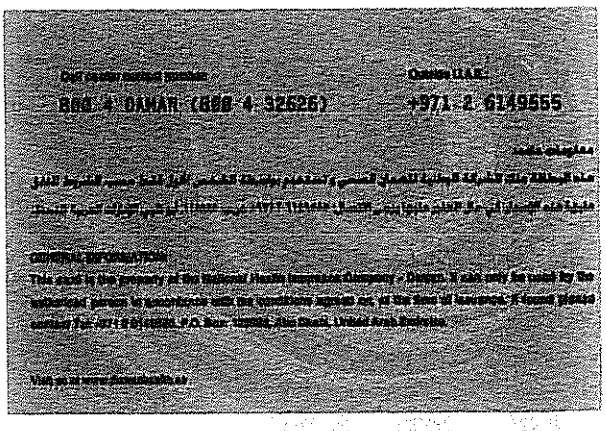












Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
28	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 0	DN: 20%	Global Plus TC2

Daman ضمان

Out-side normal number: 800 4 DAMAN (800 4 32626) Outside U.A.E.: +971 2 6149555

معلومات عامة

GENERAL INFORMATION:
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental Maternity

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
28	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 25	DN: 20%	Global Plus TC2

Daman ضمان

Out-side normal number: 800 4 DAMAN (800 4 32626) Outside U.A.E.: +971 2 6149555

معلومات عامة

GENERAL INFORMATION:
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
28	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 25	DN: 20%	Global Plus TC2

Daman ضمان

Out-side normal number: 800 4 DAMAN (800 4 32626) Outside U.A.E.: +971 2 6149555

معلومات عامة

GENERAL INFORMATION:
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental Maternity

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
28	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 0	DN: 20%	Global Plus TC3

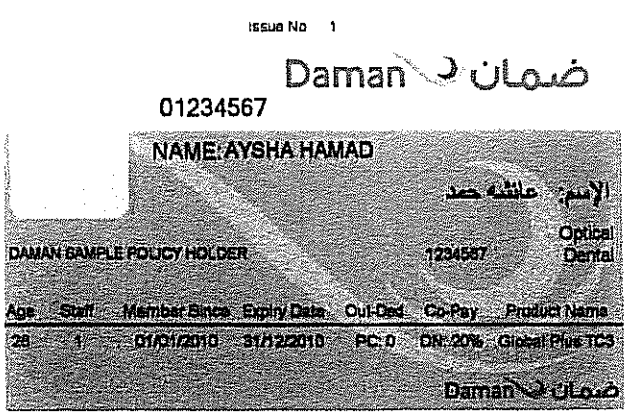
Daman ضمان

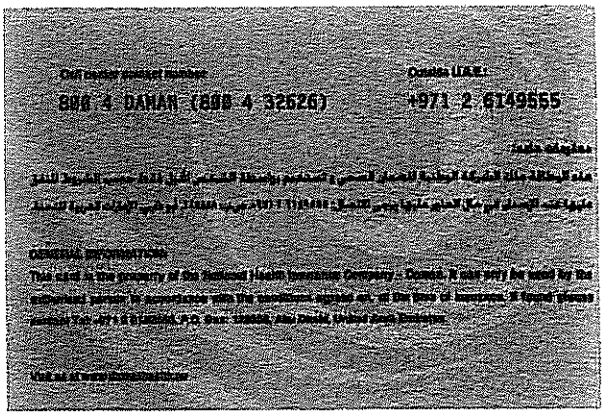
Out-side normal number: 800 4 DAMAN (800 4 32626) Outside U.A.E.: +971 2 6149555

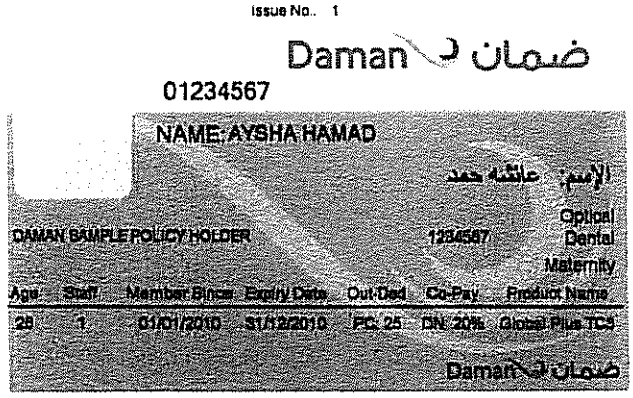
معلومات عامة

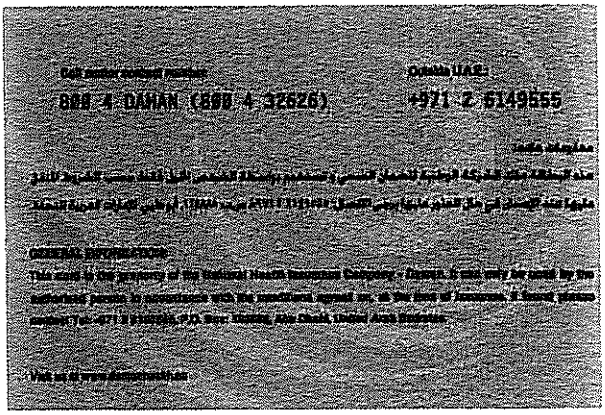
GENERAL INFORMATION:
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

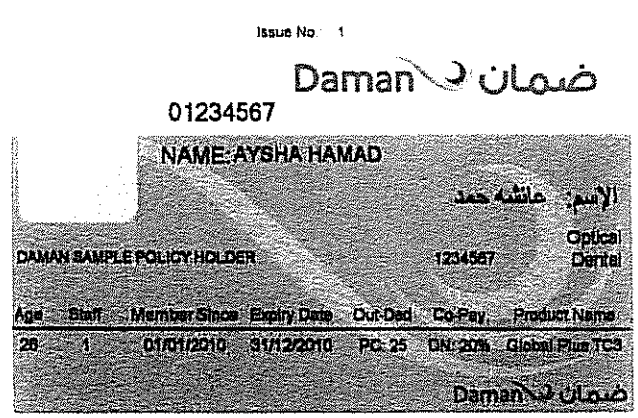
Visit us at www.damanhealth.ae

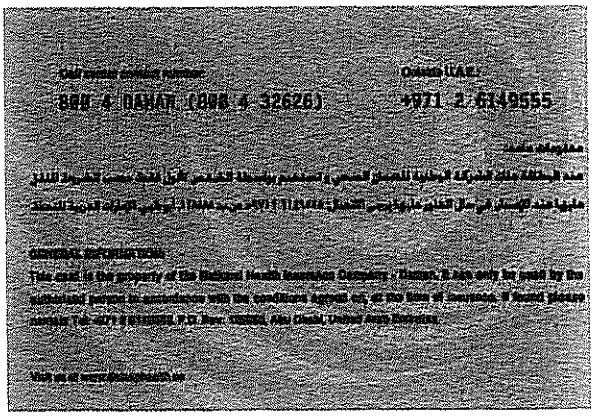

Issue No 1
Daman ضمان
01234567
NAME: AYSHA HAMAD
الإسم: عائشه حمد
DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER
1234567
Optical
Dental
Age Staff Member Since Expiry Date Out-Ded Co-Pay Product Name
28 1 01/01/2010 31/12/2010 PC: 0 DN: 20% Global Plus TC3
Daman ضمان

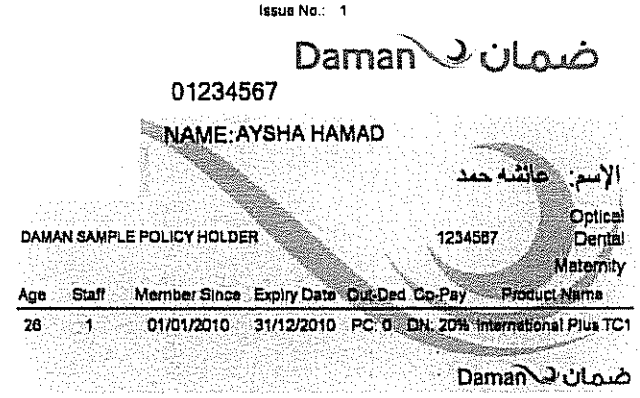

Call center contact number:
800 4 DAMAN (800 4 32626)
Outside U.A.E.:
+971 2 6149555
GENERAL INFORMATION:
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please
Visit us at www.damanhealth.ae

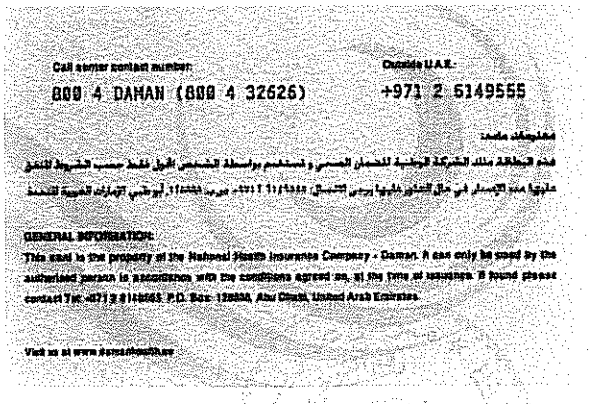

Issue No.. 1
Daman ضمان
01234567
NAME: AYSHA HAMAD
الإسم: عائشه حمد
DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER
1234567
Optical
Dental
Maternity
Age Staff Member Since Expiry Date Out-Ded Co-Pay Product Name
28 1 01/01/2010 31/12/2010 PC: 25 DN: 20% Global Plus TC3
Daman ضمان


Call center contact number:
800 4 DAMAN (800 4 32626)
Outside U.A.E.:
+971 2 6149555
GENERAL INFORMATION:
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please
Visit us at www.damanhealth.ae


Issue No 1
Daman ضمان
01234567
NAME: AYSHA HAMAD
الإسم: عائشه حمد
DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER
1234567
Optical
Dental
Age Staff Member Since Expiry Date Out-Ded Co-Pay Product Name
28 1 01/01/2010 31/12/2010 PC: 25 DN: 20% Global Plus TC3
Daman ضمان


Call center contact number:
800 4 DAMAN (800 4 32626)
Outside U.A.E.:
+971 2 6149555
GENERAL INFORMATION:
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please
Visit us at www.damanhealth.ae


Issue No.: 1
Daman ضمان
01234567
NAME: AYSHA HAMAD
الإسم: عائشه حمد
DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER
1234567
Optical
Dental
Maternity
Age Staff Member Since Expiry Date Out-Ded Co-Pay Product Name
26 1 01/01/2010 31/12/2010 PC: 0 DN: 20% International Plus TC1
Daman ضمان


Call center contact number:
800 4 DAMAN (800 4 32626)
Outside U.A.E.:
+971 2 6149555
GENERAL INFORMATION:
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please
Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No. 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

Optical
Dental

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 0	DN: 20%	International Plus TC1

Daman ضمان

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626)

Outside U.A.E.: +971 2 6149555

معلومات هامة:

هذه البطاقة ملك الشركة الوطنية للتأمين الصحي و تستخدم بواسطة الشخص المؤل فقط حسب الشروط المتفق عليها منه الإصدار في حال العثور عليها يرجى الاتصال ٨٠٠٤ ٣٢٦٢٦ (٨٠٠ ٤ ٣٢٦٢٦) أو ٢٠٠٤٨٨ ص.ب ٢٠٠٤٨٨ أبو ظبي الإمارات العربية المتحدة

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555 P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No. 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

Optical
Dental
Maternity

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 25	DN: 20%	International Plus TC1

Daman ضمان

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626)

Outside U.A.E.: +971 2 6149555

معلومات هامة:

هذه البطاقة ملك الشركة الوطنية للتأمين الصحي و تستخدم بواسطة الشخص المؤل فقط حسب الشروط المتفق عليها منه الإصدار في حال العثور عليها يرجى الاتصال ٨٠٠٤ ٣٢٦٢٦ (٨٠٠ ٤ ٣٢٦٢٦) أو ٢٠٠٤٨٨ ص.ب ٢٠٠٤٨٨ أبو ظبي الإمارات العربية المتحدة

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555 P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No. 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

Optical
Dental

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 25	DN: 20%	International Plus TC1

Daman ضمان

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626)

Outside U.A.E.: +971 2 6149555

معلومات هامة:

هذه البطاقة ملك الشركة الوطنية للتأمين الصحي و تستخدم بواسطة الشخص المؤل فقط حسب الشروط المتفق عليها منه الإصدار في حال العثور عليها يرجى الاتصال ٨٠٠٤ ٣٢٦٢٦ (٨٠٠ ٤ ٣٢٦٢٦) أو ٢٠٠٤٨٨ ص.ب ٢٠٠٤٨٨ أبو ظبي الإمارات العربية المتحدة

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555 P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No. 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

Optical
Dental
Maternity

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 0	DN: 20%	International Plus TC2

Daman ضمان

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626)

Outside U.A.E.: +971 2 6149555

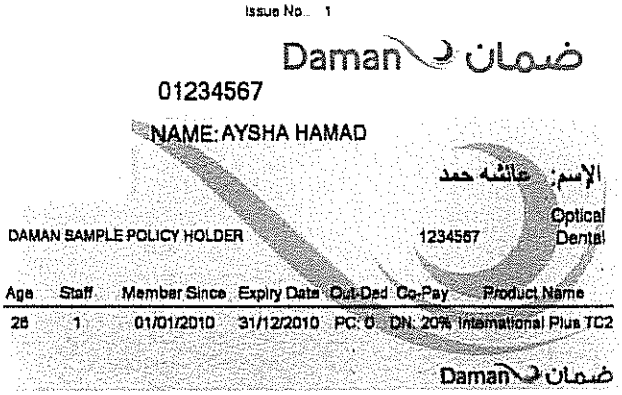
معلومات هامة:

هذه البطاقة ملك الشركة الوطنية للتأمين الصحي و تستخدم بواسطة الشخص المؤل فقط حسب الشروط المتفق عليها منه الإصدار في حال العثور عليها يرجى الاتصال ٨٠٠٤ ٣٢٦٢٦ (٨٠٠ ٤ ٣٢٦٢٦) أو ٢٠٠٤٨٨ ص.ب ٢٠٠٤٨٨ أبو ظبي الإمارات العربية المتحدة

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555 P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae


Issue No. 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

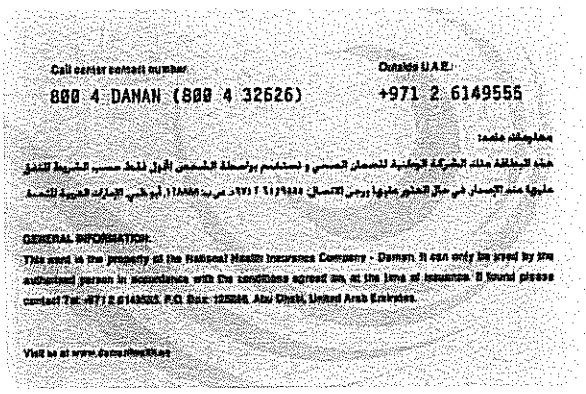
الإسم: عائشه حمد

Optical
Dental

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 0	DN: 20%	International Plus TC2

Daman ضمان


Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626)

Outside U.A.E.: +971 2 6149555

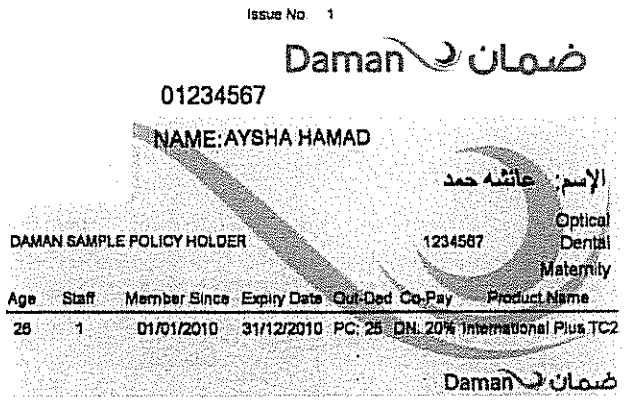
معلومات هامة:

هذه البطاقة ملك الشركة الوطنية للتأمين الصحي و تستخدم بواسطة الشخص الذي تحمل اسمه حسب الشروط المتفق عليها منه الإصدار في حال العثور عليها يرجى الاتصال على ص.ب ١٢٨٨٨، أبو ظبي الإمارات العربية المتحدة

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae


Issue No. 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

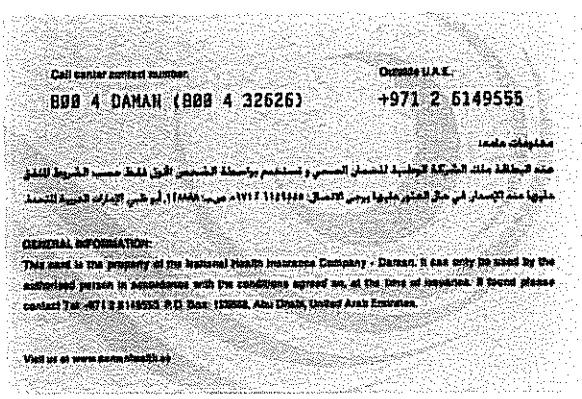
الإسم: عائشه حمد

Optical
Dental
Maternity

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 25	DN: 20%	International Plus TC2

Daman ضمان


Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626)

Outside U.A.E.: +971 2 6149555

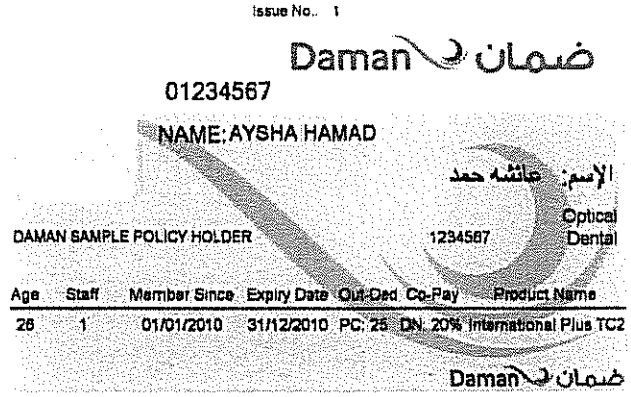
معلومات هامة:

هذه البطاقة ملك الشركة الوطنية للتأمين الصحي و تستخدم بواسطة الشخص الذي تحمل اسمه حسب الشروط المتفق عليها منه الإصدار في حال العثور عليها يرجى الاتصال على ص.ب ١٢٨٨٨، أبو ظبي الإمارات العربية المتحدة

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae


Issue No. 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

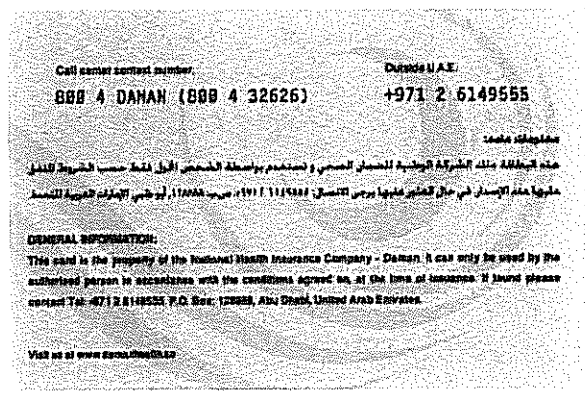
الإسم: عائشه حمد

Optical
Dental

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 25	DN: 20%	International Plus TC2

Daman ضمان


Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626)

Outside U.A.E.: +971 2 6149555

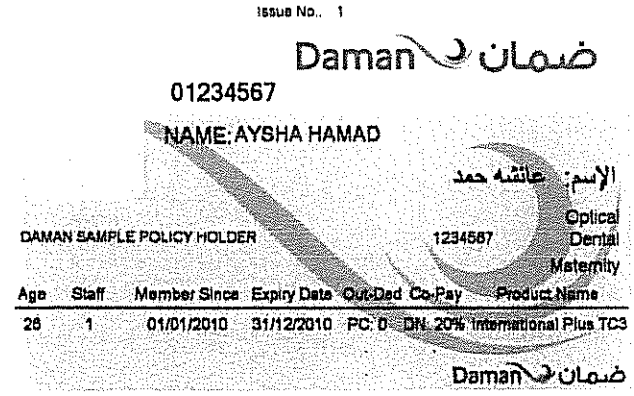
معلومات هامة:

هذه البطاقة ملك الشركة الوطنية للتأمين الصحي و تستخدم بواسطة الشخص الذي تحمل اسمه حسب الشروط المتفق عليها منه الإصدار في حال العثور عليها يرجى الاتصال على ص.ب ١٢٨٨٨، أبو ظبي الإمارات العربية المتحدة

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae


Issue No. 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

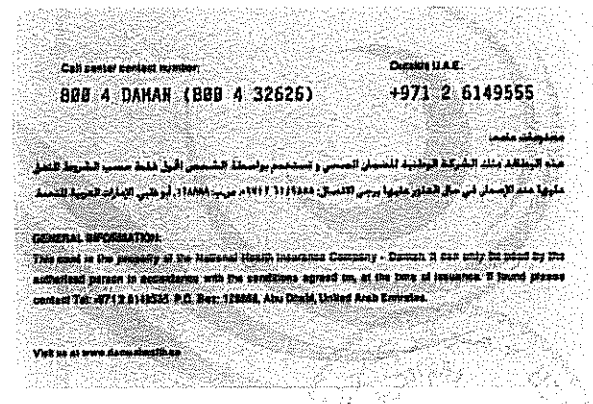
الإسم: عائشه حمد

Optical
Dental
Maternity

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 0	DN: 20%	International Plus TC3

Daman ضمان


Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626)

Outside U.A.E.: +971 2 6149555

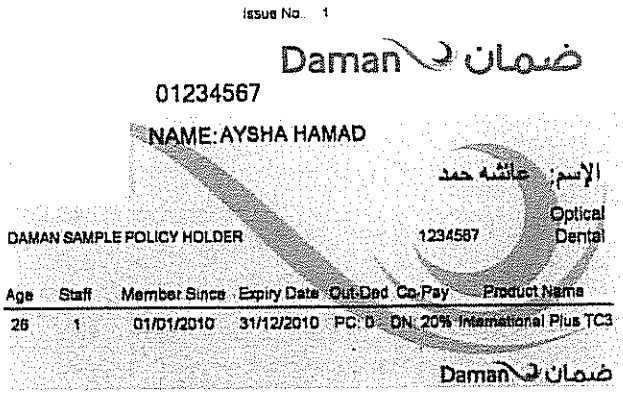
معلومات هامة:

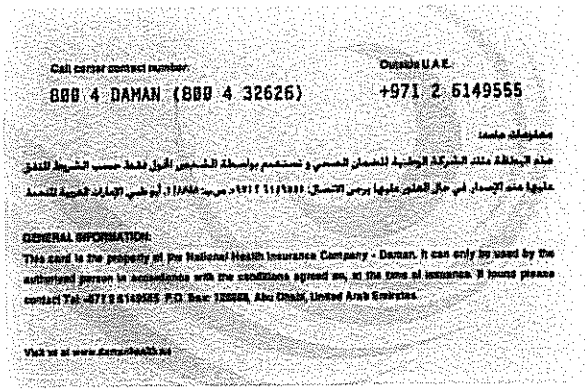
هذه البطاقة ملك الشركة الوطنية للتأمين الصحي و تستخدم بواسطة الشخص الذي تحمل اسمه حسب الشروط المتفق عليها منه الإصدار في حال العثور عليها يرجى الاتصال على ص.ب ١٢٨٨٨، أبو ظبي الإمارات العربية المتحدة

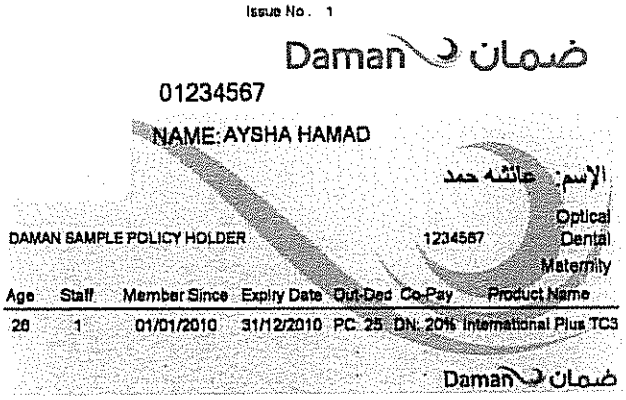
GENERAL INFORMATION:

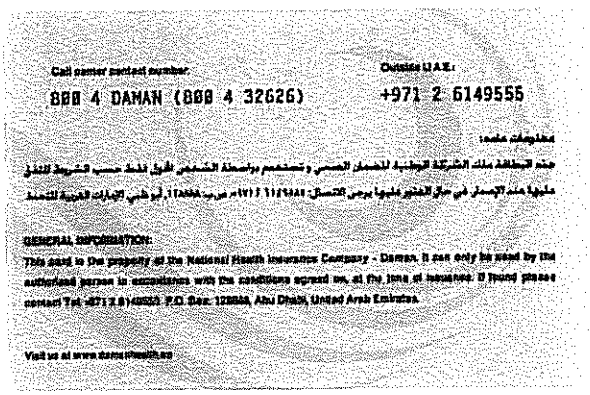
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

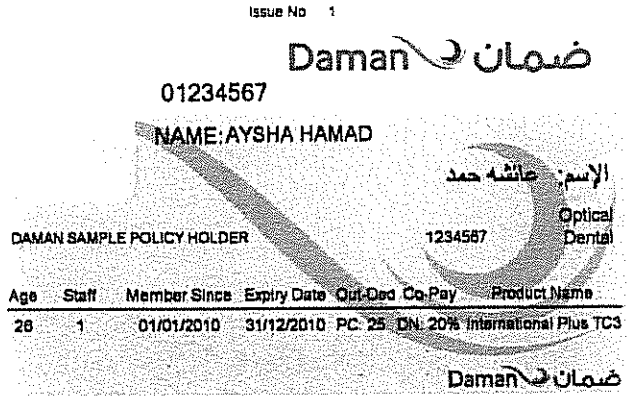
Visit us at www.damanhealth.ae

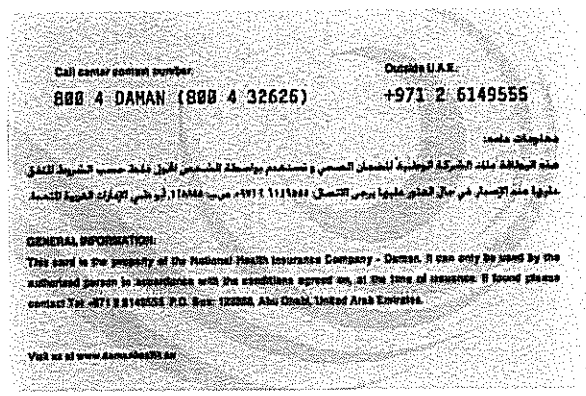

Issue No. 1
Daman ضمان
01234567
NAME:AYSHA HAMAD
الإسم: عائشه حمد
Optical
DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Dental
Maternity
Age Staff Member Since Expiry Date Out-Ded Co-Pay Product Name
26 1 01/01/2010 31/12/2010 PC: 0 DN: 20% International Plus TC3
Daman ضمان

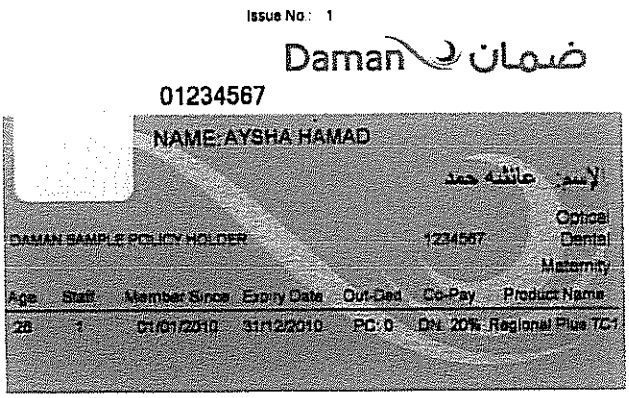

Call center contact number:
800 4 DAMAN (800 4 32626)
Outside U.A.E.
+971 2 6149555
GENERAL INFORMATION:
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555 P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.
Visit us at www.damanhealth.ae

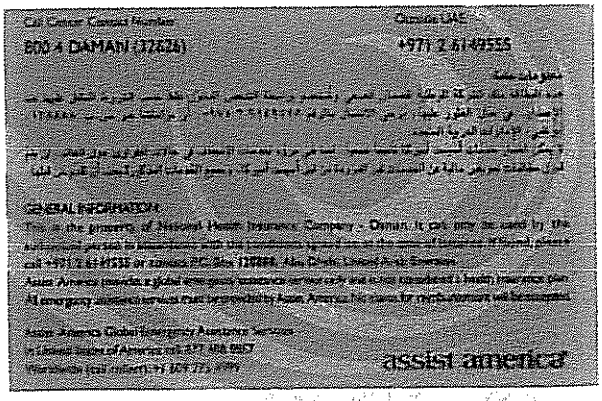

Issue No. 1
Daman ضمان
01234567
NAME:AYSHA HAMAD
الإسم: عائشه حمد
Optical
DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Dental
Maternity
Age Staff Member Since Expiry Date Out-Ded Co-Pay Product Name
26 1 01/01/2010 31/12/2010 PC: 25 DN: 20% International Plus TC3
Daman ضمان


Call center contact number:
800 4 DAMAN (800 4 32626)
Outside U.A.E.
+971 2 6149555
GENERAL INFORMATION:
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555 P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.
Visit us at www.damanhealth.ae


Issue No 1
Daman ضمان
01234567
NAME:AYSHA HAMAD
الإسم: عائشه حمد
Optical
DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Dental
Maternity
Age Staff Member Since Expiry Date Out-Ded Co-Pay Product Name
26 1 01/01/2010 31/12/2010 PC: 25 DN: 20% International Plus TC3
Daman ضمان


Call center contact number:
800 4 DAMAN (800 4 32626)
Outside U.A.E.
+971 2 6149555
GENERAL INFORMATION:
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555 P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.
Visit us at www.damanhealth.ae


Issue No: 1
Daman ضمان
01234567
NAME: AYSHA HAMAD
الإسم: عائشه حمد
Optical
DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Dental
Maternity
Age Staff Member Since Expiry Date Out-Ded Co-Pay Product Name
26 1 01/01/2010 31/12/2010 PC: 0 DN: 20% Regional Plus TC1


Call Center Contact Number:
800 4 DAMAN (32626)
Outside UAE:
+971 2 6149555
GENERAL INFORMATION:
assist america

Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 0	DN: 20%	Regional Plus TC1

Call Center Contact Number: 800 4 DAMAN (32626) Outside UAE: +971 2 6149555

معلومات عامة

[illegible]

GENERAL INFORMATION

This is the property of National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on at the time of issuance. If found, please call +971 2 6149555 or contact PO Box 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Assist America provides a global emergency assistance service only and is not considered a health insurance plan. All emergency assistance services must be provided by Assist America. No claims for reimbursement will be accepted.

Assist America Global Emergency Assistance Services
in United States of America call 877 488 9857
Worldwide (call collect): +1 609 275 4999

assist america

Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental Maternity

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 25	DN: 20%	Regional Plus TC1

Call Center Contact Number: 800 4 DAMAN (32626) Outside UAE: +971 2 6149555

معلومات عامة

[illegible]

GENERAL INFORMATION

This is the property of National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on at the time of issuance. If found, please call +971 2 6149555 or contact PO Box 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Assist America provides a global emergency assistance service only and is not considered a health insurance plan. All emergency assistance services must be provided by Assist America. No claims for reimbursement will be accepted.

Assist America Global Emergency Assistance Services
in United States of America call 877 488 9857
Worldwide (call collect): +1 609 275 4999

assist america

Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 25	DN: 20%	Regional Plus TC1

Call Center Contact Number: 800 4 DAMAN (32626) Outside UAE: +971 2 6149555

معلومات عامة

[illegible]

GENERAL INFORMATION

This is the property of National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on at the time of issuance. If found, please call +971 2 6149555 or contact PO Box 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Assist America provides a global emergency assistance service only and is not considered a health insurance plan. All emergency assistance services must be provided by Assist America. No claims for reimbursement will be accepted.

Assist America Global Emergency Assistance Services
in United States of America call 877 488 9857
Worldwide (call collect): +1 609 275 4999

assist america

Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental Maternity

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 0	DN: 20%	Regional Plus TC2

Call Center Contact Number: 800 4 DAMAN (32626) Outside UAE: +971 2 6149555

معلومات عامة

[illegible]

GENERAL INFORMATION

This is the property of National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on at the time of issuance. If found, please call +971 2 6149555 or contact PO Box 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Assist America provides a global emergency assistance service only and is not considered a health insurance plan. All emergency assistance services must be provided by Assist America. No claims for reimbursement will be accepted.

Assist America Global Emergency Assistance Services
in United States of America call 877 488 9857
Worldwide (call collect): +1 609 275 4999

assist america

Issue No 1

Daman ضمان

01234567

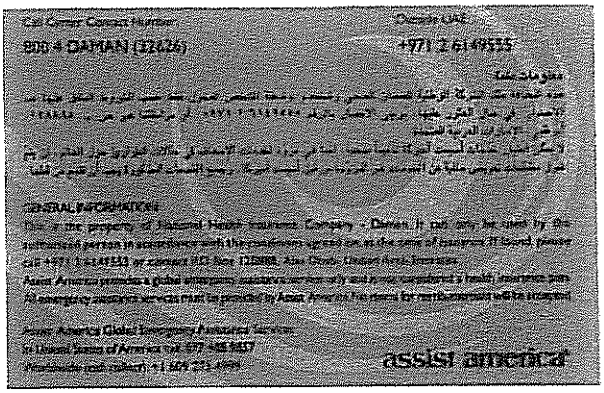
NAME AYSHA HAMAD

الإسم: عائشة حمد

Optical
Dental

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
28	1	01/01/2010	31/12/2010	PC 0	DN: 20%	Regional Plus TC2



Issue No. 1

Daman ضمان

01234567

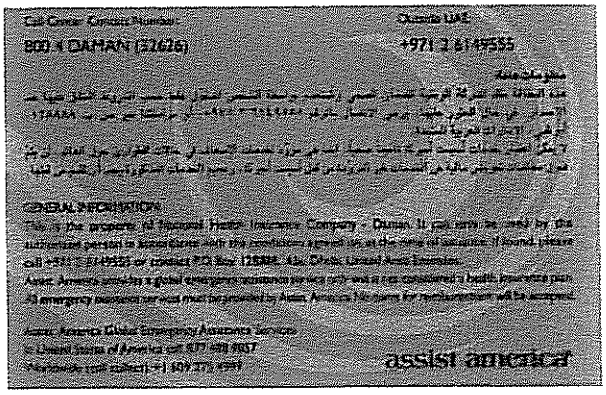
NAME AYSHA HAMAD

الإسم: عائشة حمد

Optical
Dental
Maternity

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
28	1	01/01/2010	31/12/2010	PC 25	DN: 20%	Regional Plus TC2



Issue No. 1

Daman ضمان

01234567

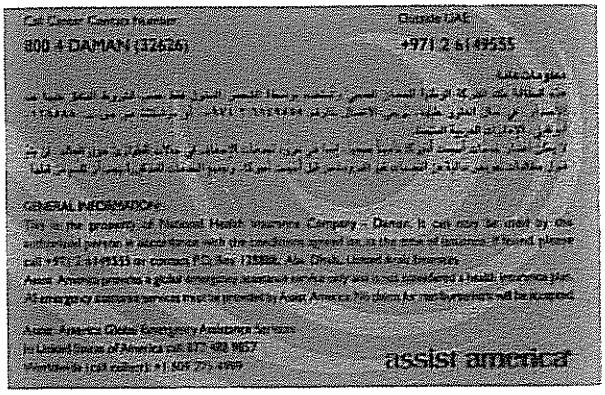
NAME AYSHA HAMAD

الإسم: عائشة حمد

Optical
Dental

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
28	1	01/01/2010	31/12/2010	PC 25	DN: 20%	Regional Plus TC2



Issue No. 1

Daman ضمان

01234567

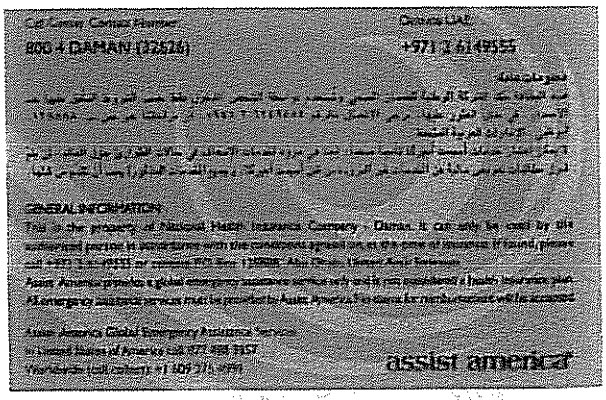
NAME AYSHA HAMAD

الإسم: عائشة حمد

Optical
Dental
Maternity

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
28	1	01/01/2010	31/12/2010	PC 0	DN: 20%	Regional Plus TC3



Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC 0	DN: 20%	Regional Plus TC3

Call Center Contact Number: 800 4 DAMAN (32626)

Outside UAE: +971 2 6149555

معلومات عامة

[illegible]

GENERAL INFORMATION

This is the property of National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on at the time of issuance. If found, please call +971 2 6149555 or contact PO Box 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Assist America provides a global emergency assistance service only and is not considered a health insurance plan. All emergency assistance services must be provided by Assist America. No claims for reimbursement will be accepted.

Assist America Global Emergency Assistance Services
In United States of America call 877 488 9857
Worldwide (call collect): +1 409 275 4999

assist america

Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental Maternity

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC 25	DN: 20%	Regional Plus TC3

Call Center Contact Number: 800 4 DAMAN (32626)

Outside UAE: +971 2 6149555

معلومات عامة

[illegible]

GENERAL INFORMATION

This is the property of National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on at the time of issuance. If found, please call +971 2 6149555 or contact PO Box 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Assist America provides a global emergency assistance service only and is not considered a health insurance plan. All emergency assistance services must be provided by Assist America. No claims for reimbursement will be accepted.

Assist America Global Emergency Assistance Services
In United States of America call 877 488 9857
Worldwide (call collect): +1 409 275 4999

assist america

Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC 25	DN: 20%	Regional Plus TC3

Call Center Contact Number: 800 4 DAMAN (32626)

Outside UAE: +971 2 6149555

معلومات عامة

[illegible]

GENERAL INFORMATION

This is the property of National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on at the time of issuance. If found, please call +971 2 6149555 or contact PO Box 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Assist America provides a global emergency assistance service only and is not considered a health insurance plan. All emergency assistance services must be provided by Assist America. No claims for reimbursement will be accepted.

Assist America Global Emergency Assistance Services
In United States of America call 877 488 9857
Worldwide (call collect): +1 409 275 4999

assist america

Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental Maternity

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC 0	PH: 0% DN: 20%	UAE TC1

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626)

Outside U.A.E.: +971 2 6149555

معلومات عامة

[illegible]

GENERAL INFORMATION

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No. 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
28	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 0	PH: 0% DN: 20%	UAE TC1

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626) Outside U.A.E: +971 2 6149555

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorized person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No. 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental Maternity

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
28	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 30	PH: 0% DN: 20%	UAE TC1

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626) Outside U.A.E: +971 2 6149555

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorized person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No. 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
28	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 30	PH: 0% DN: 20%	UAE TC1

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626) Outside U.A.E: +971 2 6149555

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorized person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental Maternity

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
28	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 50	PH: 0% DN: 20%	UAE TC1

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626) Outside U.A.E: +971 2 6149555

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorized person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

Optical
Dental

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 50	PH: 0% DN: 20%	UAE:TC1

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626)

Outside U.A.E: +971 2 6149555

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: 971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

Optical
Dental
Maternity

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 0	PH: 0% DN: 20%	UAE:TC2

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626)

Outside U.A.E: +971 2 6149555

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: 971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

Optical
Dental

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 0	PH: 0% DN: 20%	UAE:TC2

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626)

Outside U.A.E: +971 2 6149555

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: 971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

Optical
Dental
Maternity

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 30	PH: 0% DN: 20%	UAE:TC2

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626)

Outside U.A.E: +971 2 6149555

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: 971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 50	PH: 0% DN: 20%	UAE TC2

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626) Outside U.A.E.: +971 2 6149555

GENERAL INFORMATION:
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorized person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental Maternity

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 50	PH: 0% DN: 20%	UAE TC2

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626) Outside U.A.E.: +971 2 6149555

GENERAL INFORMATION:
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorized person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 50	PH: 0% DN: 20%	UAE TC2

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626) Outside U.A.E.: +971 2 6149555

GENERAL INFORMATION:
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorized person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No. 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental Maternity

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 0	PH: 0% DN: 20%	UAE TC3

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626) Outside U.A.E.: +971 2 6149555

GENERAL INFORMATION:
This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorized person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 0	PH: 0% DN: 20%	UAE TC3

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626) Outside U.A.E.: +971 2 6149555

معلومات عامة:

هذه البطاقة ملك الشركة الوطنية للضمان الصحي و تستخدم بواسطة الشخص المخول فقط حسب الشروط المتفق عليها عند الإصدار في حال العثور عليها يرجى الاتصال [illegible] أبو ظبي الإمارات العربية المتحدة

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental Maternity

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 30	PH: 0% DN: 20%	UAE TC3

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626) Outside U.A.E.: +971 2 6149555

معلومات عامة:

هذه البطاقة ملك الشركة الوطنية للضمان الصحي و تستخدم بواسطة الشخص المخول فقط حسب الشروط المتفق عليها عند الإصدار في حال العثور عليها يرجى الاتصال [illegible] أبو ظبي الإمارات العربية المتحدة

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 30	PH: 0% DN: 20%	UAE TC3

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626) Outside U.A.E.: +971 2 6149555

معلومات عامة:

هذه البطاقة ملك الشركة الوطنية للضمان الصحي و تستخدم بواسطة الشخص المخول فقط حسب الشروط المتفق عليها عند الإصدار في حال العثور عليها يرجى الاتصال [illegible] أبو ظبي الإمارات العربية المتحدة

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Visit us at www.damanhealth.ae

Issue No.: 1

Daman ضمان

01234567

NAME: AYSHA HAMAD

الإسم: عائشه حمد

DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER 1234567 Optical Dental Maternity

Age	Staff	Member Since	Expiry Date	Out-Ded	Co-Pay	Product Name
26	1	01/01/2010	31/12/2010	PC: 50	PH: 0% DN: 20%	UAE TC3

Call center contact number: 800 4 DAMAN (800 4 32626) Outside U.A.E.: +971 2 6149555

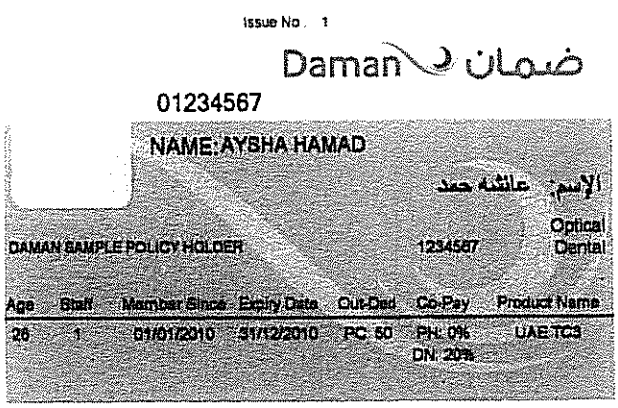
معلومات عامة:

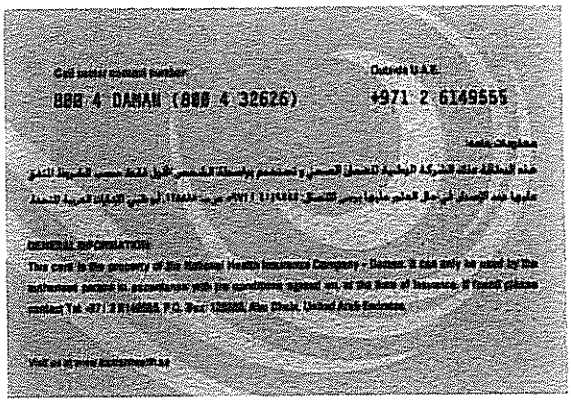
هذه البطاقة ملك الشركة الوطنية للضمان الصحي و تستخدم بواسطة الشخص المخول فقط حسب الشروط المتفق عليها عند الإصدار في حال العثور عليها يرجى الاتصال [illegible] أبو ظبي الإمارات العربية المتحدة

GENERAL INFORMATION:

This card is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorised person in accordance with the conditions agreed on, at the time of issuance. If found please contact Tel: +971 2 6149555, P.O. Box: 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

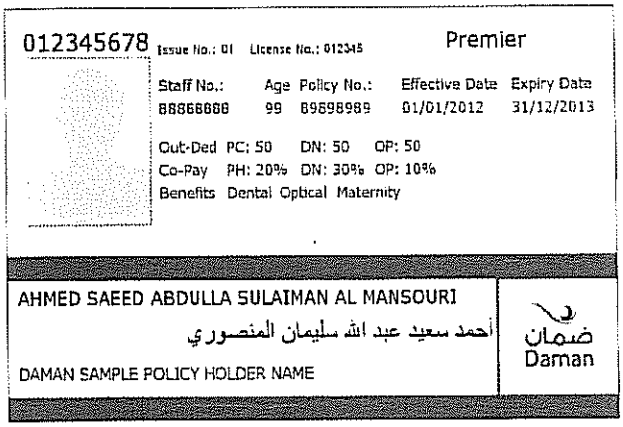
Visit us at www.damanhealth.ae



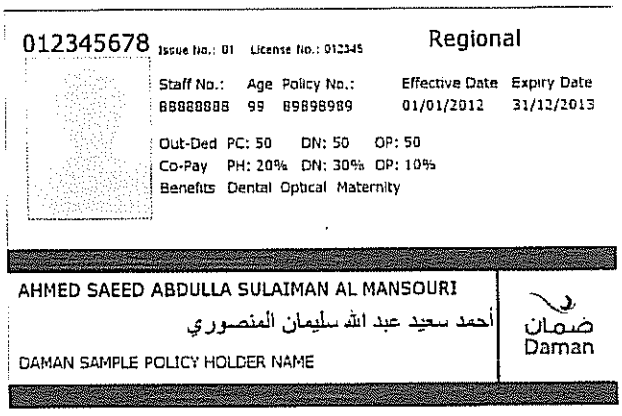


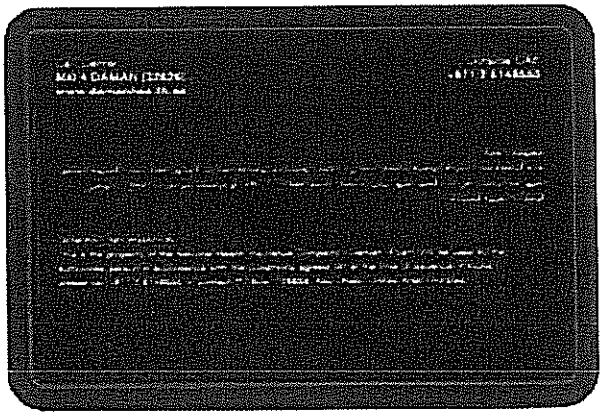
New Daman Card Lay outs

Premier Plan

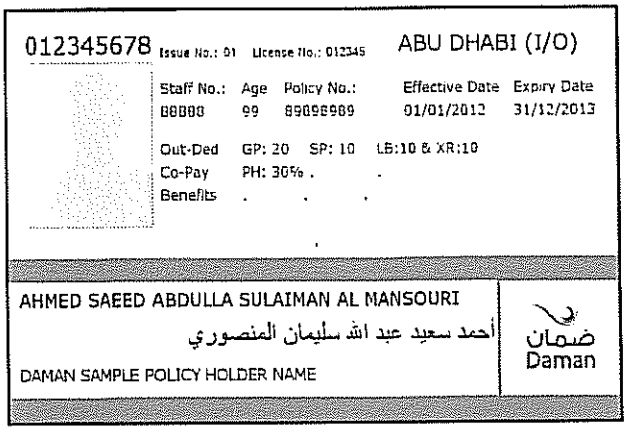


Other Enhanced Plans





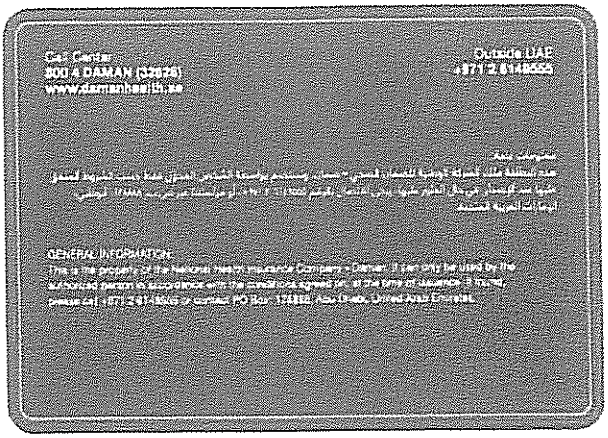
Abu Dhabi Basic Plan


012345678 Issue No.: 01 License No.: 012345 ABU DHABI (I/O)

Staff No.:	Age	Policy No.:	Effective Date	Expiry Date
88888	99	89898989	01/01/2012	31/12/2013

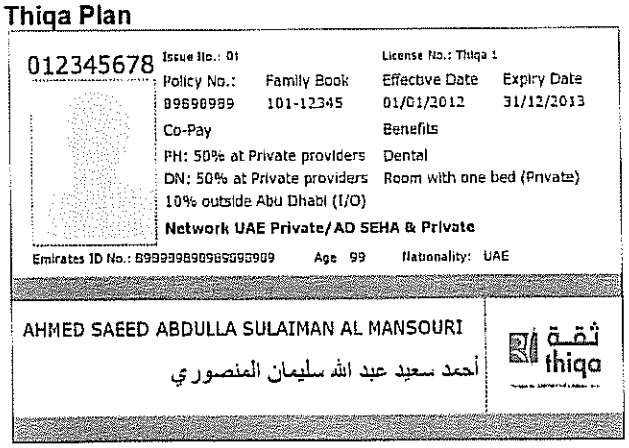
Out-Ded GP: 20 SP: 10 LB:10 & XR:10
Co-Pay PH: 30% . .
Benefits . . .

AHMED SAEED ABDULLA SULAIMAN AL MANSOURI
أحمد سعيد عبد الله سليمان المنصوري
DAMAN SAMPLE POLICY HOLDER NAME
ضمان Daman


Call Center
800 4 DAMAN (32626)
www.damanhealth.ae
Outside UAE
+9712 6149555

GENERAL INFORMATION:
This is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorized person in accordance with the conditions agreed on. If found please call +971 2 6149555 or contact PO Box 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Thiqa Plan

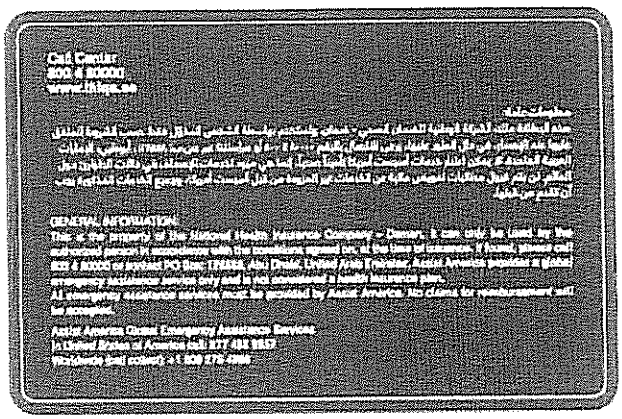

012345678 Issue No.: 01 License No.: Thiqa 1

Policy No.:	Family Book	Effective Date	Expiry Date
89898989	101-12345	01/01/2012	31/12/2013

Co-Pay
PH: 50% at Private providers
DN: 50% at Private providers
10% outside Abu Dhabi (I/O)
Benefits
Dental
Room with one bed (Private)
Network UAE Private/AD SEHA & Private

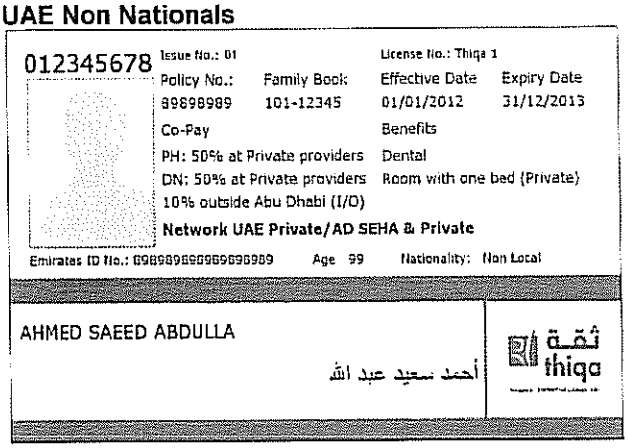
Emirates ID No.: 898989898989898989 Age 99 Nationality: UAE

AHMED SAEED ABDULLA SULAIMAN AL MANSOURI
أحمد سعيد عبد الله سليمان المنصوري
ثقة thiqa


Call Center
800 4 XXXX
www.thiqa.ae

GENERAL INFORMATION:
This is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorized person in accordance with the conditions agreed on. If found please call +971 2 6149555 or contact PO Box 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

UAE Non Nationals

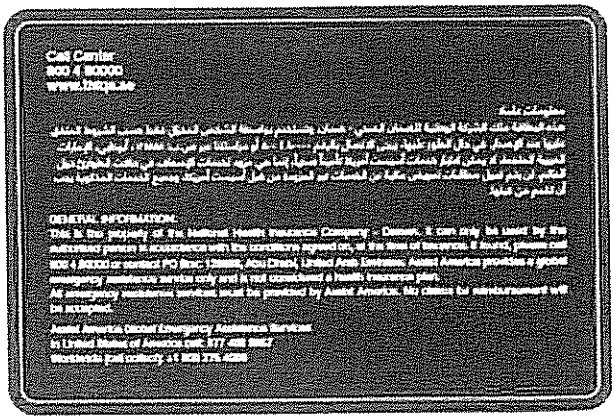

012345678 Issue No.: 01 License No.: Thiqa 1

Policy No.:	Family Book	Effective Date	Expiry Date
89898989	101-12345	01/01/2012	31/12/2013

Co-Pay
PH: 50% at Private providers
DN: 50% at Private providers
10% outside Abu Dhabi (I/O)
Benefits
Dental
Room with one bed (Private)
Network UAE Private/AD SEHA & Private

Emirates ID No.: 898989898989898989 Age 99 Nationality: Non Local

AHMED SAEED ABDULLA
أحمد سعيد عبد الله
ثقة thiqa


Call Center
800 4 XXXX
www.thiqa.ae

GENERAL INFORMATION:
This is the property of the National Health Insurance Company - Daman. It can only be used by the authorized person in accordance with the conditions agreed on. If found please call +971 2 6149555 or contact PO Box 128888, Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Appendix III – Provider Manual

By signing this Appendix, the Provider agrees and approves that he has received a copy of the **Provider Manual_ MAN-PR-038_120628_Provider Manual_V1R7_DH** Authorized Signatory Name & Stamp:

Appendix IV – List of Insurer's criteria for Provider Quality and Performance indicators

- **Not Applicable**

Appendix V – Agreed Tariffs (can be submitted as soft copy)

The Provider acknowledges, agrees and accepts that he has received a copy of Daman standard dental price list (hereinafter referred to as Daman Standard Dental Pricelist) by email (in PDF format). A confirmation of this acceptance is enclosed with this Contract dated **25/09/2011.**

The Parties have agreed to apply the following factors / discounts:

For High End Network:

Type	Code	Description Code	Price
Pharmaceutical Healthcare Services	**HAAD Drug Codes**	**Published HAAD Drug List**	**10% discount on Published HAAD Drug Pricelist**
Normal Dental Healthcare Services	**HAAD USCLS Dental Codes**	**Published HAAD USCLS Codes**	**15% discount on Daman Standard Dental Pricelist**
High Cost Dental Laboratory Services	**HAAD USCLS Dental Codes**	**Published HAAD USCLS Codes**	**0% discount on Daman Standard Dental Pricelist**
E&M	**CPT Codes**	**HAAD Mandatory Tariff V2011-Q2 Version Codes**	**Factor = 1.7 from Published HAAD Basic Pricelist**
Outpatient Services	**CPT Codes**	**HAAD Mandatory Tariff V2011-Q2 Version Codes**	**Factor = 1.4 from Published HAAD Basic Pricelist**

High End Network pertain the following Plans:

- Thiqa Plan.
- Premier Plan.
- Global Plan.

For Mid Range Network:

Type	Code	Description Code	Price
Pharmaceutical Healthcare Services	**HAAD Drug Codes**	**Published HAAD Drug List**	**10% discount on Published HAAD Drug Pricelist**

AMRITA MEDICAL CENTRE LIC NO.: 114

Normal Dental Healthcare Services	HAAD USCLS Dental Codes	Published HAAD USCLS Codes	15% discount on Daman Standard Dental Pricelist
High Cost Dental Laboratory Services	HAAD USCLS Dental Codes	Published HAAD USCLS Codes	0% discount on Daman Standard Dental Pricelist
E&M	CPT Codes	HAAD Mandatory Tariff V2011-Q2 Version Codes	Factor = 1.6 from Published HAAD Basic Pricelist
Outpatient Services	CPT Codes	HAAD Mandatory Tariff V2011-Q2 Version Codes	Factor = 1.4 from Published HAAD Basic Pricelist

Mid Range Network pertain the following Plans:

- International Plan.
- Regional Plan.

For Low End Network:

Type	Code	Description Code	Price
Pharmaceutical Healthcare Services	HAAD Drug Codes	Published HAAD Drug List	10% discount on Published HAAD Drug Pricelist
Normal Dental Healthcare Services	HAAD USCLS Dental Codes	Published HAAD USCLS Codes	15% discount on Daman Standard Dental Pricelist
High Cost Dental Laboratory Services	HAAD USCLS Dental Codes	Published HAAD USCLS Codes	0% discount on Daman Standard Dental Pricelist
E&M	CPT Codes	HAAD Mandatory Tariff V2011-Q2 Version Codes	Factor = 1.5 from Published HAAD Basic Pricelist
Outpatient Services	CPT Codes	HAAD Mandatory Tariff V2011-Q2 Version Codes	Factor = 1.4 from Published HAAD Basic Pricelist

AMRITA MEDICAL CENTER LIC NO.: 1124

Low End Network pertain the following Plans:

- UAE Plan.
- UAE Plus SEHA Plan.
- UAE – Small Groups Plan.

For NW3:

Type	Code	Description Code	Price
Pharmaceutical Healthcare Services	**HAAD Drug Codes**	**Published HAAD Drug List**	**10% discount on Published HAAD Drug Pricelist**
All Other Healthcare Services	**CPT4 Codes**	**Published HAAD Basic Pricelist Codes**	**Factor = 1 from Published HAAD Basic Pricelist**

مركز عمريتا الطبي
رقم الترخيص: ١١٢٤
AMRITA MEDICAL CENTER
LIC NO.: 1124

Appendix VI – Reconciliation

Reconciliation, AED				
			Time period	
			t-1	t
Transaction	**Data Element**	**Breakdown**	Activity Start	Transaction Date
Claim Submission	Activity Net	No Resubmission	100	100
		Resubmission - Correction	10	10
		Resubmission - Internal Complaint	20	20
		Resubmission - Legacy	5	5
Remittance Advice	Activity Net		132.3	135
	Activity Payment Amount		85	85

SAMPLE

Note -- Duplicates are ignored, i.e., Claims submitted repeatedly, except during the standard process of Submission-Remittance

مركز عمريتا الطبي
رقم الترخيص: ١١٢٤
AMRITA MEDICAL CENTER
LIC NO.: 1124