



Delivering Better Health in the Middle East

## PRE REGISTRATION FORM

## طلب تسجيل



### Patient Information

### معلومات المريض

Family Name \_\_\_\_\_ إسم العائلة  
First Name \_\_\_\_\_ الإسم الأول  
Second Name \_\_\_\_\_ الإسم الثاني

Sex : Male  ذكر Female  أنثى الجنس  
ID Type : Passport  جواز سفر National ID  بطاقة الهوية Other \_\_\_\_\_ نوع البطاقة  
ID No. : \_\_\_\_\_ رقم البطاقة  
Occupation : \_\_\_\_\_ المهنة Religion \_\_\_\_\_ الديانة

Mobile No. : \_\_\_\_\_ رقم الهاتف المتحرك Marital Status : \_\_\_\_\_ الحالة الاجتماعية  
Home Tel. : \_\_\_\_\_ رقم هاتف المنزل Date of Birth : \_\_\_\_\_ day / month / year تاريخ الميلاد  
Work No. : \_\_\_\_\_ رقم هاتف العمل Age : \_\_\_\_\_ العمر

Complete all three fields إملأ جميع البيانات

Emirati Yes  نعم No  لا مواطن إماراتي  
UAE Resident Yes  نعم No  لا مقيم بالإمارات  
Emirates \_\_\_\_\_ إسم الإمارة  
Nationality \_\_\_\_\_ الجنسية  
Visitor Yes  نعم No  لا زائر

Local Address (Physical) \_\_\_\_\_ العنوان الدائم  
Resident Area \_\_\_\_\_ مكان الإقامة  
International Address \_\_\_\_\_ العنوان خارج الإمارات  
Email \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني  
Employer Name \_\_\_\_\_ إسم الكفيل  
Address \_\_\_\_\_ العنوان

Next of Kin(Relative) أحد الأقارب أو المعرفين  
Name \_\_\_\_\_ الإسم  
Relationship \_\_\_\_\_ صلة القرابة  
Address \_\_\_\_\_ العنوان  
Occupation \_\_\_\_\_ المهنة  
Contact No \_\_\_\_\_ رقم الهاتف  
Person to Notify شخص يمكن الإتصال به للضرورة  
Name \_\_\_\_\_ الإسم  
Relationship \_\_\_\_\_ صلة القرابة  
Address \_\_\_\_\_ العنوان  
Occupation \_\_\_\_\_ المهنة  
Contact No \_\_\_\_\_ رقم الهاتف

Guarantor details بيانات الضامن أو الكفيل  
Same as Patient  المريض نفسه Same as Next of Kin  المعرف أو القريب  
Name \_\_\_\_\_ الإسم  
Contact No. \_\_\_\_\_ رقم الهاتف  
Address \_\_\_\_\_ العنوان  
Work Address \_\_\_\_\_ عنوان العمل

<b>Mode of Payment</b> طريقة الدفع <b>Insurance</b> <input type="checkbox"/> تأمين <b>Company Paid</b> <input type="checkbox"/> شركة <b>Cash</b> <input type="checkbox"/> نقدا	<b>Insurance Co./Employer</b> شركة التأمين/ إسم الكفيل <b>Name</b> _____ الإسم <b>Policy No</b> _____ رقم الوثيقة
---	---

Would you like to receive SMS on your mobile as an appointment Reminder?  Yes  No

هل ترغب بإستلام رسائل نصبيه قصيرة على هاتفك المحمول لتذكيرك بمواعيدك فى المستشفى  نعم  لا

Choose Hospital because/Referred to Hospital by (Please check one box)  Doctor

Insurance Plan  Family  Friend  Close to home/work  Other

طبيب اخترت المستشفى أو تم تحويلى إليها بواسطة (يرجى التأشير على واحد من الخيارات)  
 سبب آخر  أحد افراد العائلة  صديق  لقربها من بيتى أو عملى  شركة تأمين  قريب

#### الرجاء ملاحظة:

١. تقع مسؤولية دفع الفاتورة على المريض شخصيا قبل مغادرته المستشفى.

٢. إذا كانت طريقة الدفع عن طريق شركة التأمين وهى تغطى فواتير الإقامة فى المستشفى فى حال إدخال المريض فقط يجب دفع قيمة فواتير العيادات الخارجية والطوارئ مباشرة من قبل المريض.

٣. إذا كانت طريقة الدفع من قبل الشركة التى تعمل بها الرجاء تزويدنا برسالة من الشركة تؤيد ذلك.

٤. فى حال إدخال المريض إلى أى قسم ما عدا العناية المركزة يجب ايداع مبلغ تأمين وقدره ١٠.٠٠٠ درهم إماراتى أما بالنسبة للعناية المركزة فيجب ايداع مبلغ تأمين وقدره ٢٠.٠٠٠ درهم إماراتى.

٥. يرجى إرفاق نسخة من جواز السفر أو بطاقة الهوية لغرض التعريف عن هوية المريض.

#### **Please Note:**

1. It is the patient's responsibility to settle the bill before leaving the hospital.
2. Agreement with the insurance company for direct billing covers inpatient services only according to their instruction it is required that outpatient/ emergency room be settled directly by the patient to the hospital.
3. If the patient is covered by the company, we need a company letter
4. In case of admission a deposit of Dhs. 10,000/- needed, if admission is to the intensive care unit Dhs. 20,000/- needs to be deposited.
5. Photocopy of Passport or National ID is needed for identification purposes.

Signature \_\_\_\_\_ التوقيع

Date \_\_\_\_\_ التاريخ