

## Application form Medicare programs

Application form number:

رقم بطاقة الاشتراك:

Subscriber personal data البيانات الشخصية للمشارك الأساسي	First name الاسم الأول	Middle name الاسم الأوسط	Family name اسم العائلة	Nationality جنسية	Gender / النوع M ذكر F أنثى	Kindly attach a photo for each subscriber برجاء إرفاق صورة شخصية لكل فرد
	Passport No. / ID No. رقم إثبات الشخصية	Issued date تاريخ الإصدار	Place of issue جهة الإصدار	Blood group فصيلة الدم	Date of birth تاريخ الميلاد	
	Profession المهنة	Marital status الحالة الاجتماعية				

Home address عنوان المنزل	Name of contact person in case of emergency اسم من يمكن الاتصال به في حالة الطوارئ
Office address عنوان العمل	
Home telephone / منزل / تليفون منزل	Mobile number / محمول / تليفون محمول
Office telephone / العمل / تليفون العمل	Fax or email / فاكس أو بريد إلكتروني
Telephone / تليفون	

Family data: البيانات الشخصية للعائلة:  
Address: العنوان:

Full name الإسم الثلاثي	Date of birth تاريخ الميلاد	Relation صلة القرابة	Family or individual ID إثبات الشخصية	Nationality الجنسية	Blood group فصيلة الدم
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

The selected program البرنامج الذي أريد الاشتراك فيه	Mediyou ميديو	Mediyou Plus ميديو بلس	Mediyou premium ميديو بريميوم
---	------------------	---------------------------	----------------------------------

Kindly check the boxes for the extra available services for the Mediyou and Mediyou plus program

برجاء وضع علامة أمام الخدمات الإضافية المتاحة لبرنامجي ميديو وميديو بلس

Accommodation upgrade for Mediyou / رفغ درجة الإقامة لبرنامج ميديو	Accommodation upgrade for Mediyou Plus / رفغ درجة الإقامة لبرنامج ميديو بلس
Out patient for medications أدوية عيادة خارجية	Dental treatment خدمات علاج اسنان
Medical history [Y=YES / N=NO] التاريخ المرضي لراغبني الاشتراك	Y نعم N لا
Do you use any medical prosthesis? هل تستخدم أجهزة تعويضية؟	
Do you use hearing aids? هل تستخدم مساعداً سمعاً؟	
Do you use contraceptive? هل تستخدم موانع حمل؟	
Congenital disease? العيوب الخلقية؟	
Do you use any glasses lenses? هل تستخدم مساعداً بصرية؟	
Date of last glasses / lenses made? تاريخ عمل آخر نظارة طبية؟	
Any chronic diseases? هل يوجد لديك أمراض مزمنة؟	

في حالة الإجابة بنعم برجاء توضيح المرض والعلاج فيما بعد

Diseases	الأمراض	Y نعم	N لا	Duration المدة	Name الإسم	Diseases	الأمراض	Y نعم	N لا	Duration المدة	Name الإسم
Hypertension	ضغط الدم					Psychiatric illnesses	النفسية والعصبية				
Heart disease	القلب					Epilepsy and convulsions	الصرع والتشنجات				
Diabetes	السكر					Ear nose and throat diseases	الأنف والأذن والحنجرة				
Chest and allergy	الصدر والحساسية					Speech disorders	التخاطب				
Liver problems	الكبد					Skin and venereal diseases	الجلدية والتناسلية				
Kidney problems	الكلي					Gynecology & obstetrics	النساء والتوليد				
Dialysis	الغسيل الكلوي					Endocrinological disease & obesity	الغدد والسمنة				
Rheumatic diseases	الروماتيزم					Blood diseases	الدم				
Fever & endemic diseases	الأمراض المتوطنة والحميات					Immunology diseases	ضعف المناعة				
Malignancy & tumors	الأورام بأنواعها					Eye diseases	العيون				
Gastro intestinal diseases	الجهاز الهضمي					Neurological diseases	الأمراض المتوطنة والحميات				
Musculo skeletal diseases	الجهاز الحركي والعظام					Accidents & or trauma	إصابات أو حوادث				
						Others...	أخرى...				

# Application form Medicare programs

Details of current & previous diseases, treatment and medication (please use additional paper if needed)				تفاصيل الأمراض الحالية والسابقة وعلاجها والأدوية (يمكنك استخدام ورق إضافي للكتابة وفقاً لحاجتك)													
Name of person admitted إسم المريض				Date of previous hospitalization & surgery تاريخ دخول المستشفى أو عمل عملية		Diagnosis التشخيص		Type of procedure نوع العملية أو الإجراء		Treating physician الطبيب المعالج							
				1 <sup>st</sup> admission الدخول الأول													
				2 <sup>nd</sup> admission الدخول الثاني													
				3 <sup>rd</sup> admission الدخول الثالث													
Consent / الموافقة																	
Statement I understand that all expenses related to pre-existing diseases, conditions and complications are not covered by Medicare programs. I will pay for any medical and chronic expenses arising from such conditions and associated complications. Mean while I agree that only Medicare physicians shall investigate and decide the nature of these diseases. Signature: _____ Date: / /						إقرار أقر أنا الموقع أدناه بأن جميع تكاليف الخدمات الطبية للأمراض المزمنة والسابقة للتعاقد ومضاعفتها غير مغطاة بنظام ميدي كير وإنني سأتحمل أي تكاليف ناشئة عن هذه الأمراض تخصني أو تخص أي من أفراد أسرتي، وأن لأطباء ميدي كير وحدهم تقدير وتحديد طبيعة هذه الأمراض. التوقيع: _____ التاريخ: / /											
Pregnancy and delivery (For Ladies Only) I _____ Here by declare that I am not currently pregnant knowing that if proved otherwise I will pay all related cost. Signature: _____ Date: / /						إقرار الحمل والولادة أقر أنا _____ إنني لست حاملاً في الوقت الحالي وفي حالة ثبوت عكس ذلك سوف أتحمل كافة التكاليف الخاصة بالحمل والولادة. التوقيع: _____ التاريخ: / /											
N.B. the program requires a two years period between successive pregnancies to cover cost of the event, for the benefit of the mother and the child.						ملحوظة: حرصاً علي صحة وسلامة الأم والوليد تتطلب برامج ميدي كير مرور سنتين بين كل حمل.											
kindly find attach with this application the following A. A copy of the ID B. One passport size photo Incomplete data will lead to the delay of processing your card until all data is submitted in full. It may be necessary at Medicare's discretion to adjust your subscription fees or decline your application. Failure to disclose full details or any facts relevant to this application / or fraudulent claims, will result in canceling your membership from inception. N.B. Medicare is the soul judge as to what constitutes non-disclosure.						1. علي كل مشترك أن يرفق مع الطلب أ. صورة شخصية ب. صورة اثبات شخصية 2. عدم استكمال البيانات السابقة يؤدي الي تأخير تسليم بطاقة العضوية لحين استكمالها. قد يكون من الأهمية وطبقاً لما تحدده شركة ميدي كير تعديل قيمة الاشتراك أو رفض العضوية مع العلم بأن إخفاء المعلومات عند إستيفاء بيانات استمارة الاشتراك أو التحايل للحصول على خدمات قد يؤدي الي إلغاء العضوية من بدايتها. ملحوظة: لشركة ميدي كير وحدها تحديد ما يدعى تكتم.											
I here by declare that I agree to all terms and conditions that govern the provision of services from Medicare and I abide by them. Name of applicant: _____ Signature: _____ Date: / /						أقر أنا بتوقيعي علي طلب الاشتراك إنني موافق علي كافة الاحكام والشروط التي تحكم تقديم الخدمات من شركة ميدي كير وإنني ملتزم بها. اسم طالب الاشتراك: _____ التوقيع: _____ التاريخ: / /											
To be completed by Medicare administration																	
تستكمل هذه البيانات بمعرفة ميدي كير																	
Sale's code: Signature: _____				Sale's Name: Date: _____				إسم المندوب: التاريخ: _____				الرقم الكودي لمندوب المبيعات: التوقيع: _____					
Medical department				Administration Department				الشؤون الإدارية				الإدارة الطبية					
Pre-existing diseases: Date of physical examination: Age group: Accepted <input type="checkbox"/> Not accepted <input type="checkbox"/> Physician's name: _____ Signature: _____ Medical director: _____ Signature: _____				Name: Signature: _____				الإسم: التوقيع: _____				الأمراض السابقة للتعاقد: تاريخ الفحص الطبي: المرحلة السنوية: مقبول <input type="checkbox"/> غير مقبول <input type="checkbox"/> إسم الطبيب: التوقيع: _____ المدير الطبي: التوقيع: _____					
Financial Department						الإدارة المالية											
Cost of program:						تكلفة البرنامج:											
Cost of optional services		Suite		Pharmaceuticals		Dental		الاسنان		أدوية عيادة خارجية		الإقامة بجناح		تكلفة الخدمات الإضافية			
Total Amount:						الإجمالي:											
Payment with: <input type="checkbox"/> Cash		<input type="checkbox"/> Check		<input type="checkbox"/> Credit Cards		بطاقة إئتمان <input type="checkbox"/>		شيك <input type="checkbox"/>		نقدي <input type="checkbox"/>		طريقة السداد:					
Payment method:						اسلوب السداد:											
Financial Manager: _____ Signature: _____						التوقيع: _____						المدير المالي:					