

# Authorisation Request for Inpatient / Outpatient Form

## Patient's Details (To be completed by the Admission Department)

Patient's Name: (as written on Daman Card)	اسم المريض (كما في البطاقة):
Daman Card Number:	رقم بطاقة التأمين:
Patient Mobile No: (Mandatory)	رقم جوال المريض: (الزامي)
Provider's Name/Code:	اسم / رمز مزود الرعاية الصحية:
Physician's License No:	رقم رخصة الأخصائي:
Date: / /	التاريخ: / /

## Service / Admission Information (To be completed by the Admission Department)

<input type="checkbox"/> Inpatient	<input type="checkbox"/> Outpatient	<input type="checkbox"/> Day Care
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

## Medical Details (To be completed by the Medical Doctor-please do not use abbreviations)

Category: ER <input type="checkbox"/> طوارئ	New Visit <input type="checkbox"/> زيارة جديدة	Follow-up <input type="checkbox"/> مراجعة	Road Traffic Accident <input type="checkbox"/> حادث مروري
Work Related Accident <input type="checkbox"/> إصابة عمل	Referral <input type="checkbox"/> تحويل		
If referral please specify source: _____ إذا كان المريض محولا، الرجاء ذكر اسم الجهة التي قامت بالتحويل			

Chief Complaints:	
Diagnosis (ICD-9-CM / ICD-10-CM):	
Anticipated Management Plan:	
Expected Length of Stay: Days	Expected Date of Admission/ Service: / /
Day Care <input type="checkbox"/> Estimated Cost: _____	
<b>Services requiring approval from The National Health Insurance Company - Daman (PJSC)</b> <input type="checkbox"/> Admission <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT Scan <input type="checkbox"/> Physiotherapy <input type="checkbox"/> Home Nursing <input type="checkbox"/> Endoscopy <input type="checkbox"/> Psychiatry / Psychotherapy <input type="checkbox"/> Others Specify: _____ Doctor's Name: _____ Signature and stamp of doctor: _____ Date: / /	

Patient Consent: I, the undersigned hereby authorise the National Health Insurance Company- Daman (PJSC), to obtain all required medical information about my case from the provider upon their request.

Patient signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

تصريح المريض: أخول أنا الموقع أدناه الشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان - بالحصول على جميع المعلومات الطبية المتعلقة بحالتي الصحية من قبل مزود الرعاية الصحية عند الطلب.

توقيع المريض: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_  
Authorisation review shall not, in any way, impair treatment timelines. The patient, provider and concerned medical care professionals are liable for all treatment decisions to improve the quality of life of the patient.

لن يكون الاذن بالموافقة الطبية له أي تأثير على مهلة تقديم العلاج. يبقى مزود الرعاية الصحية والمختصين في مجال العلاج الطبي والمريض نفسه وحدهم المسؤولين عن جميع القرارات المتعلقة بطرق العلاج والحفاظ على حالة المريض الصحية.

This request for authorisation does not guarantee payment. Payment is subject to the patient's eligibility and contract benefits at the time of service.

لا يعتبر هذا الإشعار بمثابة ضمان بالدفع. يبقى الدفع مرتبط بأهلية المريض للتغطية والخدمات المغطاة بموجب عقد التأمين في تاريخ تقديم الخدمة.