

# Thiqa Authorization Request for Inpatient / Outpatient Form

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

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

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

<input type="checkbox"/> Inpatient	<input type="checkbox"/> Outpatient	<input type="checkbox"/> Day Care
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 محول الرجاء انذكر اسم المركز الذي قام بالتحويل		

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

Chief Complaints:	
Diagnosis (ICD-9 Description):	
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 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 authorize the National Health Insurance Company- Daman PJSC, to obtain all requested medical information about my case from the provider upon their request.

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

Date: \_\_\_\_\_

إقرار المريض: أنا الموقع أدناه أخول الشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان الحصول على جميع المعلومات الطبية المتعلقة بحالتي الصحية من قبل مزود الرعاية الصحية عند طلبها لمراجعة المطالبة الطبية توقيع / بصمة الإصبع للمريض: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

Authorization 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 الإذن بالموافقة الطبية له أي تأثير على الجدول الزمني لتقديم العلاج. يبقى مزود الرعاية الصحية والمختصين في مجال العلاج الطبي والمريض نفسه وحدهم المسؤولين عن جميع القرارات المتعلقة بالعلاج لتحسين نوعية حياة المريض.

This request for authorization 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 ومنافع عقد التأمين في تاريخ تقديم الخدمة