

# Dental Request Form

## Patient Details (To be filled by Reception)

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

Patient consent: I the undersigned, hereby authorize 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: 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 حامل البطاقة / بصمة الإصبع: ----- التاريخ: -----

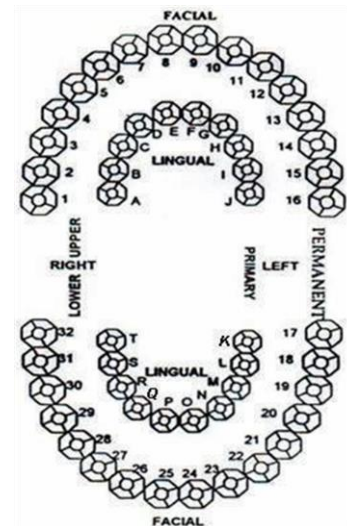
## Medical Details (To be filled by the Dentist)

Diagnosis:
ICD9CM:
Service required:

### Plan of dental treatment (needs authorization only):

Service Description	Tooth No./Letter ( Mark on Map)	Code #	Cost

Medications	



Dentist's Name: \_\_\_\_\_

Date: / /

Signature and Stamp of Treating Dentist: \_\_\_\_\_

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.

أن يكون الإذن 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 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 والخدمات المغطاة بموجب عقد التأمين في تاريخ تقديم الخدمة