



DENTAL TREATMENT FORM

نموذج علاج الأسنان



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form. عزيزي الطبيب ، لوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرافقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

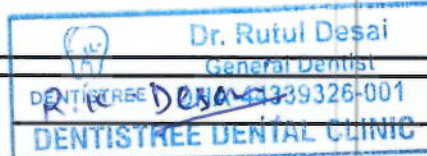
بيانات المريض

PATIENT'S NAME اسم المريض	Nitesh Sunder Kripalani	GENDER الجنس	Male
DATE OF BIRTH تاريخ الميلاد	19-May-1981	PAYER شركة التأمين	Takaful Emarat
CARD NBR : رقم البطاقة	FJIG-FAE2-C2C2-2CDE		

CASE INFORMATION

بيانات الحالة

DIAGNOSIS التشخيص	- K05.00- Acute gingivitis, plaque induced.
AETIOLOGY المسببات المرضية	calculus - ++ (Please indicate the exact cause in case of injuries) (الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الإصابات)
PROCEDURE / MANAGEMENT PLANNED خطة العلاج / العملية	- D1110 - scale and polish -



TREATING DENTAL SPECIALIST

طبيب الأسنان المعالج

HOSPITAL / CLINIC

المستشفى / العيادة

DENTISTREE DENTAL CLINIC (AL MINA RD) DUBAI

CONSULTATION DETAILS

نوع الاستشارة

NEW

جديد

FOLLOW-UP

متابعة

CONSULTATION FEES

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE 08-May-2024

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies of medical records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to myself or any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

أنا الموقع أدناه ، أفوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالأصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد



MITESH SUNDER KRIPALANI 784-1391-1611-48-8
Effective from : 14-Feb-2024 to 12-Feb-2025 at: Taliafuli, Emirat
Required Treatment is: Dental
Reference No: R-0000002385666-4
Request Date: 06-May-2024 11:58:41



Eligible

General Network (Applicable Tariff: General Network)

Coverment: 20%

Referral required: **No referral required for specialist consultation**

Approval Requirements

Approval required for all treatments related to:
Abuse Drugs, Chronic Drugs, Endodontics, Treatment, Routine Dental

Attachments

- Applicable procedure
- Exclusions
- Consultation / Claim Form
- Prescription Form