



Dental Procedure Declaration

بيان علاج الأسنان

(Applicable for each Dental Session)

Kindly read and sign the below Treatment Plan Declaration required by Almadallah for Dental healthcare coverage upon receiving dental services. Thank you for your cooperation.

- I hereby confirm that the Treating Clinician and the Medical Team discussed and explained the aim and the nature of the Treatment Plan in addition to the side effects which may result during the treatment; accordingly, I hereby authorize the Treating Clinician and the Medical Team to proceed with the stages of the Treatment Plan mentioned in the **Pre-authorization Form**.
- I hereby confirm that the Treating Clinician and the Medical Team have given me the full chance to ask questions about the Treatment Plan and the possible treatment options regarding my case; accordingly, I hereby confirm that the information communicated to me is sufficient to give my agreement to the proceed with the stages of the Treatment Plan mentioned in the **Pre-authorization Form**.
- I hereby authorize the Treating Clinician and the Medical team to make any further necessary medical treatments which may emerge during the course of the treatment such as Root Canal Therapy; accordingly, the cost of such treatments will be added to the Treatment Plan.
- I hereby confirm my full agreement for the Treatment Plan mentioned in the **Pre-authorization Form**.
- in case member prefers to discontinue Pre-approved dental treatment due to any reason, Almadallah Healthcare Management **MUST BE** informed by the Provider within 10 calendar days.

نحن في المظلة نلزم كل مريض على قراءة و إمضاء "إقرار خطة المعالجة" قبل بدء تلقي المعالجة للحالات داخل التغطية . وشكرا لحسن تعاونكم.

- أقر أنا أن الطبيب المعالج والفريق الطبي قد قاما بمناقشة وشرح هدف وطبيعة خطة المعالجة بالإضافة إلى الأعراض الجانبية التي قد تنتج أثناء المعالجة وبناء عليه فأبني أفوض الطبيب المعالج والفريق الطبي على البدء بمراحل خطة المعالجة المذكورة في الموافقة الخطية.
- أقر أنا أن الطبيب المعالج والفريق الطبي قد قاما بإعطائي الفرصة كاملة لطرح الأسئلة بخصوص خطة المعالجة والبدائل العلاجية المحتملة الخاصة بحالتي وبناء عليه فأبني أقر أن المعلومات التي تلقيتها كافية لإبداء موافقتي على البدء بمراحل خطة المعالجة المذكورة في الموافقة الخطية.
- أفوض الطبيب المعالج والفريق الطبي على إجراء أي علاجات طبية إضافية ضرورية قد تطرأ أثناء مراحل المعالجة كوجوب استئصال العصب والمعالجة الجذرية وبناء عليه سوف تضاف تكلفة تلك العلاجات إلى خطة المعالجة المذكورة أعفاً.
- أقر بمسؤوليتي الكاملة على الموافقة على خطة المعالجة المذكورة.
- في حال قرر المشترك إيقاف خطة العلاج؛ فإنه يتوجب على الطبيب المعالج إبلاغ المظلة خلال 10 أيام عمل.

Name of Patient:

Jade Kelly

أسم المريض:

Signature of Patient:

توقيع المريض:

Date:

التاريخ:

Jade Kelly

28-07-24

NAME OF PROVIDER

DENTISTREE DENTAL CLINIC