



## 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 تنفيذ المعالجة للحالات  
داخل التغطية ، وشكراً للحسن تعاونكم.

- أقر أنا أن الطبيب المعالج والفريق الطبي قد قاما بمناقشة  
وشرح هدف وطبيعة خطة المعالجة بالإضافة إلى  
الأعراض الجانبية التي قد تنتهي أثناء المعالجة وبناء عليه  
فأنا أفوض الطبيب المعالج والفريق الطبي على الذهاب  
بمراحل خطة المعالجة المذكورة في الموافقة الخطية
- أقر أنا أن الطبيب المعالج والفريق الطبي قد قاما باعطاني  
الفرصة كاملة لطرح الأسئلة بخصوص خطة المعالجة  
والبدائل العلاجية المحتملة الخاصة بي والتي وبناء عليه  
فأنا أقر أن المعلومات التي تلقيتها كافية لإبداء موافقتي  
على الذهاب 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 التصب والمعالجة الخزفية  
وببناء عليه سوف تضاف تكفة تلك المعالجات إلى خطة  
المعالجة المذكورة أعلاه.
- أقر بمسؤوليتي الكاملة على الموافقة على خطة المعالجة  
المذكورة
- في حال قرر المشترك إيقاف خطة العلاج؛ فلن يوجب  
على الطبيب المعالج إبلاغ المظلة خلال 10 أيام عمل.

Name of Patient:

اسم المريض:

Jinal Jignesh Ravaya

Signature of Patient:

توقيع المريض:

Date:

التاريخ:

NAME OF PROVIDER