

**CONSULTATION FORM****نموذج الاستشارة**

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 مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION**بيانات المريض**

PATIENT NAME	: MOHAMED IMDHADH MOHAMED NIZAM	
اسم المريض		
DATE OF BIRTH	: 10-Jan-1999	GENDER :
تاريخ الميلاد		الجنس
CARD NBR	: GFEA-G1E2-C2CF-8CDE	PAYER :
رقم البطاقة		بيرة التأمين

CASE INFORMATION	:	☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة		حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS : R50.9 - Fever, unspecified, M62.830 - Muscle spasm of back, J06.9 - Acute upper respiratory infection
R05 - Cough, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

التشخيص

AETIOLOGY	:	Enter Aetiology
لمسببات المرضية		

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS	:	Complaint
		co fever on and off prulant cough history of falldown in the wash room back pain 2nd sep. 20:
		oe
العراض المرضية		tonsills
		chest is congested no added sounds
		restless smoker alcoholic

CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96367</td><td>Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type															
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay															
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay															
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy															
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy															
النتائج السريرية																	

CPT Code	Treatment	Type
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
9	Consultation Gp	General Cons

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : Humaira
الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES
نوع الاستشارة جديد المتابعة رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP :
توقيع و ختم الطبيب

DATE: 06,
التاريخ

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

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 رة منه. أية صوره عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE :
توقيع المستفيد