

**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	:	MEHMET HILAL	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	17-Aug-1985	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	JKAK-EEE2-C2C8-1CDE	PAYER : NAS - SRN WN
رقم البطاقة			بيركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R05 - Co Fever, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified

التشخيص

AETIOLOGY	:	Enter Aetiology
لمسببات المرضية		

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

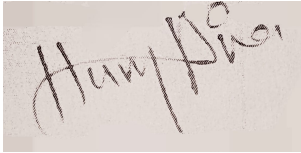
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS	:	Complaint
		co co fever on and off dry cough nasal congestion 6th nov. 2024
		oe
العراض المرضية		chest is congested no added sounds
		restless
		shesha

CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0188-135906-2441</td><td>PULMICORT</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type									
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay									
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy									

	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	9	Consultation Gp	General Co
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			DATE: 10
			التاريخ
توقيع و ختم الطبيب			

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 للفراد المعالين من قبلي و رة منه. أية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	