



## 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 : RAMESH SUNKARI  
اسم المريض  
DATE OF BIRTH : 03-Apr-1986 GENDER : Male  
تاريخ الميلاد الجنس  
CARD NBR : 4EAG-4G4C-DCD1-CDEA PAYER : NAS - SRN WN  
رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, M54.5 - Low back pain, J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, R14.0 - Abdominal distension (gaseous)

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

العراض المرضية

pc: fever 2 days 11/11/2024

flu

body pain

CLINICAL FINDINGS :

| CPT Code         | Treatment                                        | Type                 |
|------------------|--------------------------------------------------|----------------------|
| 96367            | Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr   | Co.Pay               |
| 9                | Consultation Gp                                  | General Consultation |
| 94640            | Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment  | Co.Pay               |
| 0188-135906-2441 | PULMICORT                                        | Pharmacy             |
| 86140            | C-Reactive Protein                               | Lab                  |
| 85025            | Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count | Lab                  |
| 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im    | Co.Pay               |
| 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr  | Co.Pay               |
| 0005-174202-0781 | RISEK 40MG                                       | Pharmacy             |
| 0125-122107-1022 | DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE                   | Pharmacy             |
| 2190-106618-1001 | PARAFUSIV I.V. 10MG/ML                           | Pharmacy             |
| 0195-107704-0801 | CEFTRIAXONE-TABUK IV                             | Pharmacy             |

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

|                      |   |                                                           |                                                      |
|----------------------|---|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| TREATING PHYSICIAN   | : | AHSAN HUSSAIN                                             |                                                      |
| الطبيب المعالج       |   |                                                           |                                                      |
| HOSPITAL /CLINIC     | : | CITICARE MEDICAL CENTER LLC                               |                                                      |
| المستشفى / العيادة   |   |                                                           |                                                      |
| CONSULTATION DETAILS | : | <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Follow Up | CONSULTATION FEES :                                  |
| نوع الاستشارة        |   | جديد المتابعة                                             | رسوم الاستشارة                                       |
|                      |   |                                                           | <input type="text" value="Enter CONSULTATION FEES"/> |

## DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 12/11/2024

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

## BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

