



## CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

### PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

|               |                               |              |                  |
|---------------|-------------------------------|--------------|------------------|
| PATIENT NAME  | : GAURAV BHARDWAJ ASHOK KUMAR |              |                  |
| اسم المريض    |                               |              |                  |
| DATE OF BIRTH | : 22-Aug-1993                 | GENDER       | : Male           |
| تاريخ الميلاد |                               | الجنس        |                  |
| CARD NBR      | : I9AE-2I4C-DCDR-2DEA         | PAYER        | : NAS - EN CN GN |
| رقم البطاقة   |                               | شركة التأمين |                  |

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, J06.9 - Acute upper respiratory infection, 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

العراض المرضية

co pain in the throat fever on and off 9th nov. 2024

oe

enlarge and inflamed tonsills

chest is clear no added sounds

restless

CLINICAL FINDINGS :

| CPT Code         | Treatment                                                                                                          | Type                 |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 96375            | Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug                                                                        | Co.Pay               |
| 0195-107704-0801 | CEFTRIAXONE-TABUK IV                                                                                               | Pharmacy             |
| 96367            | Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr                                                                     | Co.Pay               |
| 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr                                                                    | Co.Pay               |
| 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im                                                                      | Co.Pay               |
| 9.01             | Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner. | General Consultation |
| 0125-122107-1022 | DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE                                                                                     | Pharmacy             |

النتائج السريرية

| CPT Code         | Treatment              | Type     |
|------------------|------------------------|----------|
| 0005-174202-0781 | RISEK 40MG             | Pharmacy |
| 2190-106618-1001 | PARAFUSIV I.V. 10MG/ML | Pharmacy |
| 0188-135906-2441 | PULMICORT              | Pharmacy |

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : AHSAN HUSSAIN  
 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 وختم الطبيب

DATE: 16/11/2024

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

## BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

