



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 : AAKASH RAI SANJAY RAI

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 05-Jan-1998

تاريخ الميلاد

CARD NBR : TTR3-P1LM-VMVT-TVAE

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R05 - Cough, R11.10 - Vomiting, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, E86.0 - Dehydration

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 والحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS : Complaint

العراض المرضية

co fever vomitting sneezing pain in the throat 13th nov.2024

oe

chest is congested no added sounds

restless

smoker alcoholic

advise rest for 1 day

CLINICAL FINDINGS : CPT Code Treatment Type

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy

CPT Code	Treatment	Type
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
86140	C-Reactive Protein	Lab

REMARKS :

الملحظات :

TREATING PHYSICIAN : Humaira

الطبيب المعالج : Humaira

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

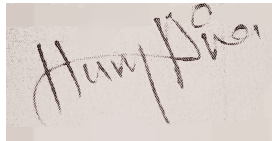
المستشفى / العيادة : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up **CONSULTATION FEES :**

نوع الاستشارة : ☐ جديد ☐ المتابعة **رسوم الاستشارة :**

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



Dr. Humaira Mumtaz
General Practitioner
DHA No: 54155530-002
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 20/11/2024

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

