



## 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  | : | SAYED ADNAN ABBAS   |                      |
| اسم المريض    |   |                     |                      |
| DATE OF BIRTH | : | 15-Aug-1984         | GENDER : Male        |
| تاريخ الميلاد |   |                     | الجنس                |
| CARD NBR      | : | 2G11-EIE2-C2C8-8CDE | PAYER : NAS - RN,RN+ |
| 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, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R05 - Cough, R50.9 - Fever, unspecified, 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

العراض المرضية

co fever running nose dry cough 3rd dec. 2024

oe chest is congested no added sounds

restless

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

| CPT Code         | Treatment                                         | Type                 |
|------------------|---------------------------------------------------|----------------------|
| 9                | Consultation Gp                                   | General Consultation |
| 85025            | Blood Count Complete Auto&Auto Difrentl Wbc Count | Lab                  |
| 86140            | C-Reactive Protein                                | Lab                  |
| 96367            | Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr    | 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               |
| 0005-149902-1021 | CLOFEN                                            | Pharmacy             |
| 2190-106618-1001 | PARAFUSIV I.V. 10MG/ML                            | Pharmacy             |

| REMARKS :                                                                        | CPT Code      | Treatment | Type |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------|------|
| الملاحظات                                                                        | Enter Remarks |           |      |
| TREATING PHYSICIAN : Humaira                                                     |               |           |      |
| الطبيب المعالج                                                                   |               |           |      |
| HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC                                   |               |           |      |
| المستشفى / العيادة                                                               |               |           |      |
| CONSULTATION DETAILS : <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Follow Up |               |           |      |
| نوع الاستشارة                                                                    |               |           |      |
| CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES                                      |               |           |      |
| رسوم الاستشارة                                                                   |               |           |      |

## DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 06/12/2024

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

## BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد