



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	: VIVEKA MAILGA SANKAPPA LINGAPPA POOJARY		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 30-May-1995	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 91AG-A24C-DCDE-GDEA	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, 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 dry cough running nose 9th dec. 2024 oe chest is congested no added sounds restless																																
CLINICAL FINDINGS	:																																
النتائج السريرية	<table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>96367</td> <td>Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>2190-106618-1001</td> <td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96372</td> <td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>96365</td> <td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <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> <tr> <td>0005-149902-1021</td> <td>CLOFEN</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0195-107704-0801</td> <td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td> <td>Pharmacy</td> </tr> </tbody> </table>			CPT Code	Treatment	Type	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																															
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay																															
9	Consultation Gp	General Consultation																															
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																															
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																															
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																															
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																															
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																															
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																															
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																															
REMARKS	: Enter Remarks																																
الملحظات																																	

TREATING PHYSICIAN	:	Humaira	
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC	
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة		جديد المتابعة	رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 29/12/2024

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. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

