



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	:	MERCY MBINYA MUMO	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	16-May-1994	GENDER
تاريخ الميلاد			:
CARD NBR	:	CCIG-1E4C-DCDG-GDEA	PAYER
رقم البطاقة			:
			شركة التأمين
			:
			NAS VN

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																														
العرض المرضية		co fever back pain headache pain in throat dry cough 30th dec. 2024																														
		oe chest is congested no added sounds																														
		restless																														
CLINICAL FINDINGS	:	<table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>94640</td> <td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td> <td>Co.Pay</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>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> <tr> <td>86140</td> <td>C-Reactive Protein</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>85025</td> <td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td> <td>Lab</td> </tr> </tbody> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																														
9	Consultation Gp	General Consultation																														
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																														
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																														
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																														
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																														
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																														
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																														
86140	C-Reactive Protein	Lab																														
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																														
النتائج السريرية																																
REMARKS	:	Enter Remarks																														
الملحظات																																

TREATING PHYSICIAN : Humaira

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 و ختم الطبيب

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

DATE: 01/01/2025

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

