



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	:	MUHAMMAD FIAZ ALI KHAN	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	05-Jan-1994	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	J2IJ-22E2-C2C8-ICDE	PAYER : NAS VN
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, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, 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		No Complaints Found for Selected Appointment																														
CLINICAL FINDINGS	:	<table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2190-106618-1001</td> <td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96367</td> <td>Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0195-107704-0801</td> <td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96365</td> <td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0005-149902-1021</td> <td>CLOFEN</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96372</td> <td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>9.01</td> <td>Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.</td> <td>General Consultation</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> </tbody> </table>	CPT Code	Treatment	Type	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	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	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																														
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																														
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay																														
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																														
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																														
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																														
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																														
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																														
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																														
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

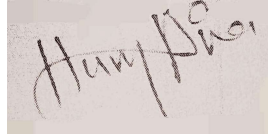
جديد

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: 15/01/2025

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

