



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	:	EHTISHAM RAJA PERVAIZ IQBAL		
اسم المريض	:			
DATE OF BIRTH	:	24-May-2002	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد	:		الجنس	:
CARD NBR	:	LM3P-M6LM-VMVN-PVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة	:		شركة التأمين	:

CASE INFORMATION	:	☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة	:	حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS	:	J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R09.81 - Nasal congestion, R52 - Pain, unspecified																				
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 high grade pain in throat 1st feb. 2025 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>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>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></tbody></table>			CPT Code	Treatment	Type	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	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	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type																				
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																				
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																				
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																				
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 الستشارة	:	جديد	المتابعة	رسوم الستشارة
				Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

Humaira Mumtaz

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

DATE: 06/02/2025

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

