



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	: PAINJAL JAIN KISHORE NAVIN JAIN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 13-Jul-1999	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 55TN-M1MM-VMVN-PVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: J22 - Unspecified acute lower respiratory infection, R50.9 - Fever, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R52 - Pain, unspecified, R06.2 - Wheezing, J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, E86.0 - Dehydration, R05 - Cough																																	
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 PATIENT CAME WITH THE COMPLAIN OF FEVER RUNNY NOSE AND CONGESTION THROAT IS CLEAR CHEST IS CONGESTED PATIENT IS DEHYDRATED THERE IS VOICE CHANGE																																	
العراض المرضية																																		
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>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>1393-135919-3301</td><td>Budecort [Aerosol Inhaler - 100mcg - 1.00 Tablets 200 Dose Inhaler (x1)]</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</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>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0102-100104-1001</td><td>SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	1393-135919-3301	Budecort [Aerosol Inhaler - 100mcg - 1.00 Tablets 200 Dose Inhaler (x1)]	Pharmacy	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																																
9	Consultation Gp	General Consultation																																
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																																
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																																
1393-135919-3301	Budecort [Aerosol Inhaler - 100mcg - 1.00 Tablets 200 Dose Inhaler (x1)]	Pharmacy																																
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																																
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																
0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy																																
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																																
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																
النتائج السريرية																																		

	CPT Code	Treatment	Type
REMARKS : الملاحظات	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	86141	C-Reactive Protein High Sensitivity	Lab
	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN : AISHA			
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 وختم الطبيب

Dr. Aisha Umer
Physician- General Practitioner
DHA- 40131439-002
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 05/03/2025

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