



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	:	LUCIANNA RAMANITRA EP LUO	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	15-May-1993	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	JFFM-N33F-LFLF-MLED	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R10.9 - Unspecified abdominal pain, E86.0 - Dehydration, R14.3 - Flatulence, R11.2 - Nausea with vomiting, 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 PATIENT CAME FOR SEVER STOMACH PAIN THE PAIN SCALE IS 7/10 NAUSEA VOMITING AND FLATULANCE FOR 2 DAYS EPIGASTRIC TENDERNESS DEHYDRATED																								
العراض المرضية																										
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St 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>0102-152902-1001</td><td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</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></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type																								
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																								
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																								
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																								
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																								
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																								
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																								
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation																								
النتائج السريرية																										
REMARKS	:	Enter Remarks																								
الملحظات																										

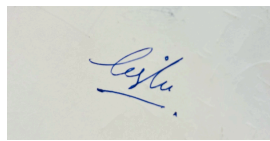
TREATING PHYSICIAN : AISHA

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 و ختم الطبيب



DATE: 11/03/2025

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

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

