



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	:	MANOJ SHIVRAM			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	28-Apr-1994	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	EAIE-2C4C-DCDR-9DEA	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

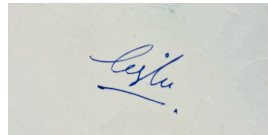
CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY
نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	J06.0 - Acute laryngopharyngitis, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R06.2 - Wheezing																																							
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 FEVER THROAT PAIN AND COUGH OE CHEST IS CONGESTED (LEFT SIDE) THROAT IS HYPEREMIC																																							
العراض المرضية																																									
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</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>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>1393-135919-3301</td><td>Budecort [Aerosol Inhaler - 100mcg - 1.00 Tablets 200 Dose Inhaler (x1)]</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96374</td><td>Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug</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>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><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</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 Difrntrl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	1393-135919-3301	Budecort [Aerosol Inhaler - 100mcg - 1.00 Tablets 200 Dose Inhaler (x1)]	Pharmacy	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																																							
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																																							
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																							
9	Consultation Gp	General Consultation																																							
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																																							
1393-135919-3301	Budecort [Aerosol Inhaler - 100mcg - 1.00 Tablets 200 Dose Inhaler (x1)]	Pharmacy																																							
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay																																							
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																							
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																																							
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																							
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																							
86140	C-Reactive Protein	Lab																																							
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab																																							
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 وختم الطبيب



DATE: 12/03/2025

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

