



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	:	BOAZ BOB MWESIGE			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	06-May-1997	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	8J1J-JKE2-C2CJ-FCDE	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, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, R09.81 - Nasal congestion, E86.0 - Dehydration, 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)

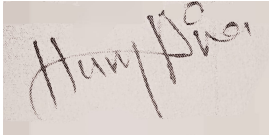
SYMPTOMS	:	Complaint high grade fever headache cold bodyache cough nasal congestion chest congestion sore throat o/e hyperemia chest congestion
----------	---	---

العرض المرضية

CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>0439-152905-1001</td><td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td><td>Pharmacy</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>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td><td>Co.Pay</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	0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy	9	Consultation Gp	General Consultation	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type																		
0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																		
9	Consultation Gp	General Consultation																		
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																		
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																		
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																		

النتائج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
REMARKS : الملاحظات	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN	:	Humaira
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة		
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة	جديد	المتابعة
CONSULTATION FEES :		Enter CONSULTATION FEES
رسوم الاستشارة		

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP		Dr. Humaira Mumtaz General Practitioner DHA No: 54155530-002 CITICARE MEDICAL CENTER LLC DUBAI - U.A.E.	DATE: 07/04/2025
توقيع و ختم الطبيب			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	