



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: MAMATAJ BEGAM MD MESER ALI		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 02-Jul-1988	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: ARAR-1E4C-DCDE-1DEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, E86.0 - Dehydration, R52 - Pain, unspecified, 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 والحالات المتعلقة بالمومة)																																		
SYMPTOMS	: Complaint																																	
العراض المرضية	No Complaints Found for Selected Appointment																																	
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>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>0005-111805-1021</td><td>CHLOROHISTOL 10MG</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>F67-5477-05016-01</td><td>VENTOLIN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAZONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96360</td><td>Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0439-152905-1001</td><td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	F67-5477-05016-01	VENTOLIN	Pharmacy	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay	0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																																
9	Consultation Gp	General Consultation																																
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy																																
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																
F67-5477-05016-01	VENTOLIN	Pharmacy																																
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																																
0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy																																
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay																																
0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																																
النتائج السريرية																																		
REMARKS	: Enter Remarks																																	
الملاحظات																																		

TREATING PHYSICIAN	: DR Amaizah	
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. Amaizah Ishtiaq
General Practitioner
DHA: 98486553-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 13/04/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد