



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	:	PRAGATI ANIL KUMAR		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	22-Jun-1999	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	G4AI-9G4C-DCD2-GDEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

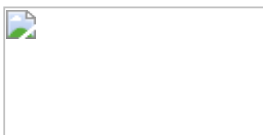
DIAGNOSIS	:	J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, J45.991 - Cough variant asthma, R06.2 - Wheezing, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough																													
التشخيص																															
AETIOLOGY	:	Enter Aetiology																													
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																													
العرض المرضية		PT CAME FOR FOLLOW UP STILL HAVING SEVER COUGH WITH CHEST TIGHTNESS CRP I HIGH 1ST DOSE OF ANTIBIOTIC GIVEN WITH NEBULIZATION																													
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><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><tr><td>94644</td><td>Continuous Inhalation Treatment 1St Hr</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><tr><td>0188-135906-2441</td><td>PULMICORT</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>2190-106618-1002</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>			CPT Code	Treatment	Type	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation	94644	Continuous Inhalation Treatment 1St Hr	Co.Pay	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	2190-106618-1002	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																													
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation																													
94644	Continuous Inhalation Treatment 1St Hr	Co.Pay																													
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																													
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																													
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																													
2190-106618-1002	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																													
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																													
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																													
النتائج السريرية																															
REMARKS	:	Enter Remarks																													
الملاحظات																															

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		Dr. Aisha Umer Physician- General Practitioner DHA- 40131439-002 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 05/05/2025
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	