



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	:	MAHESH KUMAR KISHORE			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	26-Aug-1983	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	K36E-N33F-LFLJ-MLED	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

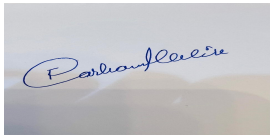
CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY
نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R09.81 - Nasal congestion, R50.9 - Fever, unspecified, R51.9 - Headache, unspecified, R06.7 - Sneezing																		
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 chief complaint: came with high grade fever and runny nose, headache ,body ache, weakness, sneezing. on examination: hyperemia and chest is normal allergy: nil																		
العراض المرضية																				
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>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><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																		
9	Consultation Gp	General Consultation																		
86140	C-Reactive Protein	Lab																		
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab																		
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																		
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																		
النتائج السريرية																				
REMARKS	:	Enter Remarks																		
الملاحظات																				

TREATING PHYSICIAN	:	Dr.Farhan Iyas	
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 و ختم الطبيب



Dr. Frahan Ilyas Malik
Physician-General Practitioner
DHA-06441782-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI U.A.E

DATE: 13/07/2025

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

