



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

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: VIJAY SAIRAM KUMAR MAREDI SURENDRA BABU MAREDI	GENDER	: Male
اسم المريض		الجنس	
DATE OF BIRTH	: 09-May-2003	PAYER	: NAS - SRN WN
تاريخ الميلاد		شركة التأمين	
CARD NBR	: 11J8-22F2-C2CI-ICDE		
رقم البطاقة			

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

DIAGNOSIS	: J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R30.0 - Dysuria, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, R52 - Pain, unspecified, 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																																										
العرض المرضية	PC : FEVER ,RUNNY NOSE ,COUGH HOPC : PT CAME WITH FEVER COUGH RUNNY NOSE ALONG WITH BODY PAIN STARTED TWO DAYS BACK THROAT IS MILD HYPEREMIC CHEST IS CLEAR ALLERGIES : NONE PMH : RENAL STONE																																										
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>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0188-135906-2441</td><td>PULMICORT</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0439-152905-1001</td><td>LACTATED RINGER'S INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>81005</td><td>Urinalysis Qual/Semiquant Except Immunoassays</td><td>Lab</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 Diffrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	81005	Urinalysis Qual/Semiquant Except Immunoassays	Lab	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																																									
9	Consultation Gp	General Consultation																																									
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																																									
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																																									
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																									
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																									
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																									
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																									
0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy																																									
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																																									
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																									
81005	Urinalysis Qual/Semiquant Except Immunoassays	Lab																																									
86140	C-Reactive Protein	Lab																																									
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab																																									
النتائج السريرية																																											
REMARKS	: Enter Remarks																																										
الملاحظات																																											

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب

Dr. Aisha Umer
Physician- General Practitioner
DHA- 40131439-002
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 31/07/2025

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 ، افوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للفرد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالتصليح

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد