



## 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 : GANESH MOTEPPA RATHODA MOTEPPA  
اسم المريض  
DATE OF BIRTH : 01-Jun-1999 GENDER : Male  
تاريخ الميلاد الجنس  
CARD NBR : IA2A-1KE2-C2C1-8CDE PAYER : NAS VN  
رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : R79.82 - Elevated C-reactive protein (CRP), J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified

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

العراض المرضية

came for follow up.  
yesterday done investigation.  
elevated C reactive protein.

| 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 |
| 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im                                                                      | Co.Pay               |
| 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr                                                                    | Co.Pay               |
| 96361            | Iv Infusion Hydration Each Additional Hour                                                                         | Co.Pay               |
| 0102-152902-1001 | LACTATED RINGERS INJECTION USP                                                                                     | Pharmacy             |
| 0125-122107-1022 | DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE                                                                                     | Pharmacy             |
| 0195-107704-0801 | CEFTRIAXONE-TABUK IV                                                                                               | Pharmacy             |

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : Dr.Farhan Iyas

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

نوع الاستشارة

: ☐ New ☐ Follow Up  
جديد المتابعة

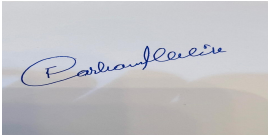
CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

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: 17/08/2025

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

