



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 Kimberly Yowana Mendes

اسم المريض

DATE OF BIRTH 16-Dec-2000

تاريخ الميلاد

CARD NBR : AFIE-18E2-C2CJ-1CDE

رقم البطاقة

GENDER Female

الجنس

PAYER Watania Takaful Family

شركة التأمين

CASE INFORMATION

نوع الحالة

ACUTE ☐ حادة

CHRONIC ☐ مزمنة

PRE-EXISTING ☐ موجودة مسبقاً

INJURY ☐ إصابة

DIAGNOSIS

التشخيص

RSI.9, R50.9

AETIOLOGY

المسببات المرضية

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الإصابات و الحالات المتعلقة بالأمومة)

SYMPTOMS:

الأعراض المرضية

CLINICAL FINDINGS

النتائج السريرية

REMARKS:

الملاحظات

referred to GP

Dr. Osama Abd Elali
General Practitioner DHA License # 00214581-004
TOP MEDICAL CENTER LICENSE # 524171
Grosvenor House Hotel 1, Dubai Marina
Tel: +9714 3176669 / +9714 3176662 | Fax: +9714 3176750
PO Box 666646, Dubai, UAE

TREATING PHYSICIAN

الطبيب المعالج

HOSPITAL / CLINIC

المستشفى / العيادة

Top Medical Center (Marina) - Dubai

CONSULTATION DETAILS

نوع الاستشارة

NEW ☐

جديد

FOLLOW-UP ☐

المتابعة

CONSULTATION FEES

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE & STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE 05-Feb-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 كالأصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

Electronic Referral Reference

- * This document can't be used for dispensing inside the emirate of Dubai.
* This document can be used for dispensing outside the emirate of Dubai with the proper stamps and signatures.

Details

ID:	Reference Number	Transaction Date:	Plan:	Member ID:
DHA-F-0048012-TPA004-20250205143024	G0000482156	05/02/2025 14:30	WATANIA TAKAFUL FAMILY (PJSC)/NAS ADMINISTRATION SERVICES LIMITED	AFIE-18E2-C2CJ-1CDE
Specialty:	Start Time:	End Time:	Previous ID:	
G006 - G.P. General Practice General Practitioner	05/02/2025 14:30	05/03/2025 14:30		

Diagnoses:

Type	Diagnosis
Principal	R51.9 - Headache, unspecified
Secondary	R50.9 - Fever, unspecified
Showing 1 to 2 of 2 entries	

Referral Details:

Type	Reason For Referral
Text	referral to GP
Showing 1 to 1 of 1 entries	

Dr. Osama Abd Elali

General Practitioner DHA License # 00214581-004

TOP MEDICAL CENTER LICENSE # 524171

Grosvenor House Hotel 1, Dubai Marina

Tel: +9714 3176569 / +9714 3485452 | Fax: +9714 3176756

PO Box 568646, Dubai 1136