

Outpatient Claim ID : 164768

Client Name: Future Group

Member Name: Sohair Abdallah Shehata

Staff ID:

Card Number: 7806007341

Actual Date: 27/02/2018

Co-Payment %: 0

Service Name: Medication

Notes : تصرف بأصل النموذج
رقم 270830
الأصناف الموضحة فقط

Provider Name:

Medical Icd

Vitamin D deficiency (ricketts,...etc)

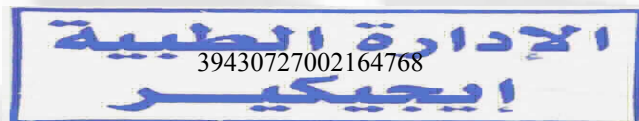
Medical Diagnoses التشخيص الطبي	Medical Proc. / Drug الاجراء الطبي / العلاج	Concentration التركيز	Pack Size	Dose الجرعه	Qty الكمية
	CALDIN-C 30/TAB	Caco3+Mgcitrate+D 3+C	30Tablet	m	1
	DONIFOXATE 40MG 30/F.C.TAB	40 mg	30Tablet	m	1
	URIVIN 10/EFF.SACH		10Sachet	m	6
	VITAMIN D3 5000IU 100/RAPID R.SOFT GEL!!	5000IU	100	3m	1

mohamed khaiat

دكتور /

توقيع المستفيد

د/ محمد خياط



27-02-2018 11:14:32

Valid for 7 days only

سارى حتى 7 يوم فقط