

Credit Invoice

154 / 11, Bannerghatta Road Opp. I.I.M Bengaluru - 560 076

Date: 21-06-2019

VAT Reg No.	: TAX00001	الرقم الضريبي	
Invoice No	: INV-A-0000178	رقم الفاتورة	Invoice Date : 2019-06-03 14:22:00 تاريخ الفاتورة
Patient Name	: Bilal Ahmed	الاسم	Visit ID : VIS-19063FF81 رقم الزيارة
MR No	: PAT-19063AK81	رقم الملف	Reg. Date : 2019-06-03 تاريخ التسجيل
Insurance Co.	: MEDGULF INSURANCE	شركة التأمين	Age/Gender : 34/Male العمر / الجنس
Policy/ Class	: ALMAJDOUIE GROUP/	البوليصة / الفئة	Nationality : Saudi Arabian الجنسية
Doctor	: Noor Mohsin	لطبيب	Department : Cardiology القسم

SERVICE CODE الخدمة	SERVICE DESC. وصف الخدمة	QTY الكمية	TOTAL الإجمالي	DISC الخصم	NET / DISC الصافي بالخصم	CO. PAY المشاركة	PATIENT VAT ضريبة المريض	PATIENT NET مبلغ المريض	INS NET. ضريبة التأمين	INS VAT. ضريبة التأمين	NET DUE AMT. الصافي المبلغ
Consultation/تشااور											
	Emergency Service	1.000	450.000	0.000	450.000	90.000	0.000	90.000	360.000	18.000	378.000
Radiology/طب إشعاعي											
P22-5668-02149-01	X Ray	1.000	900.000	0.000	900.000	180.000	0.000	180.000	720.000	36.000	756.000
Lab/مختبر											
	Copper Urine	1.000	67.500	0.000	67.500	13.500	0.000	13.500	54.000	0.000	54.000
P57-6055-02211-01	Complete Blood Count Cbc	1.000	67.500	0.000	67.500	27.000	0.000	27.000	40.500	0.000	40.500

Total Amount before VAT	1485	الإجمالي قبل الضريبة المضافة
Discount	0	الخصم
Net After Discount	1485	الصافي بعد الخصم
VAT Amount 5%	54	إجمالي قيمة الضريبة المضافة 5%
Client VAT Amount	0	الضريبة المضافة على العميل
Company VAT amount	54	الضريبة المضافة على الشركة
Co Payment	310.5	نسبة التحمل
Paid Amount + Vat	0.00	المبلغ المدفوع + الضريبة المضافة
Due Amount	1228.5	المبلغ المتبقي + الضريبة المضافة

Pharmacy Credit Invoice

154 / 11, Bannerghatta Road Opp. I.I.M Bengaluru - 560 076

Date: 21-06-2019

Invoice No	: INV-A-0000172	رقم الفاتورة	Invoice Date	: 2019-05-14	اريخ الفاتورة
Patient Name	: Rehman Saleem	اسم المريض	Visit Date	: 2019-05-14	تاريخ الزيارة
MR No	: PAT-A-0000736	رقم التسجيل	Reg. Date	: 2019-05-14	تاريخ التسجيل
Insurance Co.	: BUPA	شركة التأمين	Age/Gender	: 32/Male	العمر / الجنس
Policy/ Class	: 547474 /	بوليصة/قاعة	Nationality	: Saudi Arabian	جنسية
Doctor	: Norman Jhon	طبيب	Department	: Cardiology	قسم

ITEM CODE رمز الصنف	ITEM DESC. وصف السلعة	QTY كمية	UNIT PRICE المجموع الصافي	GROSS AMOUNT المبلغ الإجمالي	DISCOUNT خصم	NET AMT. المبلغ الصافي	PATIENT RESPO. حصة المريض	COMPANY RESPO. حصة المريض	VAT AMT. قيمة الضريبة	NET/CLAIM AMT. صافي / مبلغ المطالبة
SFDAVOZET	Vozet	1.000	35.000	35.000	0.000	35.000	35.000	0.000	0.000	0.000

Total Amount before VAT	35	الإجمالي قبل الضريبة المضافة
Discount	0	الخصم
VAT Amount 5%	0	قيمة الضريبة المضافة 5%
Client VAT Amount		الضريبة المضافة على العميل
Company VAT amount	0	الضريبة المضافة على الشركة
Net Total Including VAT	0	الإجمالي بعد الضريبة المضافة
Co Payment	35	نسبة التحمل
Paid Amount	0.00	المبلغ المدفوع
Due Amount	0	المبلغ المتبقي

UCAF 2.0

154 / 11, Bannerghatta Road Opp. I.I.M Bengaluru - 560 076

Date: 21-06-2019

To be completed & ID Verified by the reception/nurse: Provider Name: Insurance Company Name: TPA Company Name: Patient File Number: Dept: Single () Married () Plan Type () New Visit () Follow Up () Refill () Walk In () Referral ()	Print/Fill in clear letters or Emboss Card:
--	--

To be completed by the Attending Physician: Please Tick (✓)					
Inpatient ()	Outpatient ()	Emergency Case (✓)	Emergency Care Level 1 () 2 () 3 ()		
BP: /	Pulse: bpm	Temp: °C	Weight: Kg	Height: cm	RR: Duration Of Illness: (days)
Chief Complaint and Main Symptoms:					
Significant Signs:					
Other Conditions:					
Diagnosis:					
Principal Code:	2nd Code:	3rd Code:	4th Code:		
Please tick (✓) where appropriate Chronic () Congenital () RTA () Work Related () Vaccination () Check-Up () Psychiatric () Infertility () Pregnancy () Indicate LMP ()					
Suggestive line (s) of management: Kindly, enumerate the recommended investigation, and / or procedures For outpatient approval only:					

Code	Description/Service	Type	Quantity	Cost
Provider's Approval/Coding Staff must review/code the recommended service(s) and allocate cost and complete the following: Completed/Coded By Signature Date 				

Medication Name (Generic Name)	Type	Quantity
Is Case Management From (CMFI.0) Included Yes () No () Please Specify Possible line of Management When Applicable: Estimated Length of Stay: Days Expected Date of Admission:		

I hereby certify that ALL information mentioned are correct and that the medical services shown on this form were medically indicated and necessary for the management of this case.	I hereby certify that all statements and information provided concerning patient Identification and the present illness or injury are TRUE.
Signature and Stamp	Name and Relationship(if Guardian) Signature :

For Insurance Company Use Only:	Approved: () Not Approved: ()	Approval No:	Approval validity: Days
Comments (include approved days/services if different from the requested):			
Approved/Disapproved By:	Signature: 	Date	

Haematology Report

154 / 11, Bannerghatta Road Opp. I.I.M Bengaluru - 560 076

Date: 21-06-2019

Patient Details

رقم الملف الطبي / Reg. Number	PAT-A-0000736
اسم المريض / Patient Name	Rehman saleem
اسم الطبيب / Doctor	Norman Jhon

Bill Details

ANALYTE	RESULT	UNIT	NORMAL RANGE	CRITICAL RANGE
EDTA Whole Blood				
Haemoglobin		g/L	120.000-180.000	60.000-200.000
Haematocrit		L/L	0.400-0.520	0.200-0.650
RBC		10 ¹² /L	4.500-5.900	2.000-8.000
MCV		fL	80.000-96.000	70.000-100.000
MCH		pg	26.000-34.000	25.900-34.100
MCHC		g/L	320.000-360.000	319.000-361.000
RDW		%CV	11.000-14.500	10.900-14.600
Platelet Count		x 10 ⁹ / L	150.000-450.000	30.000-1000.000
WBC		x 10 ⁹ /L	4.000-11.000	3.500-11.500
Neutrophils(Absolute)		x 10 ⁹ /L	1.700-7.000	1.600-7.100
Lymphocytes (Absolute)		x 10 ⁹ /L	1.000-3.000	0.900-3.100
Eosinophils (Absolute)		x 10 ⁹ /L	0.020-0.500	0.010-0.600
Monocytes (Absolute)		x 10 ⁹ / L	0.200-1.000	0.170-1.100
Basophils (Absolute)		x 10 ⁹ /L	0.000-0.100	-0.001-0.200
Neutrophils (%)		%	45.000-70.000	44.000-71.000
Lymphocytes (%)		%	25.000-40.000	24.000-41.000
Eosinophils (%)		%	0.000-6.000	-0.001-6.100
Monocytes (%)		%	2.000-10.000	1.000-11.000
Basophils (%)		%	0.000-2.000	-0.001-2.100

Signature:

Doctor Name :
Department :
Registration :



Radiology

154 / 11, Bannerghatta Road Opp. I.I.M Bengaluru - 560 076

Date: 21-06-2019

رقم الملف الطبي / Reg. Number	
اسم المريض / Patient Name	
اسم الطبيب / Doctor	

Comments:

Validated By: