

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 0043281

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11054

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HABIB-ALLAH MEHDI

Date de naissance : 01/06/75

Adresse : AIRPORT AREA ACCRA GHANA

Tél. : 0699908838

Total des frais engagés : 7163,15 GHC

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



DR. NEEUM
SINGH
ER physician

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MeRdi HABIBALLAH

Age : 44

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hospitalized: epilepsy attack

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 01/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-043281

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 11054

Nom de l'adhérent(e) : HABIB-ALLAH

Total des frais engagés : 7163,15 GHC

Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/02	Soins		4801,02	
14/02	Intensifs			
15/02	ICU		GHS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/02	Emergency:	2362,15 GHS
		- CT Brain	
		- ECG	
		- Pathology	

AUXILIAIRES MEDICAUX

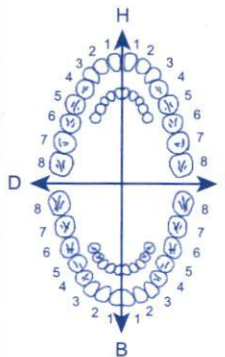
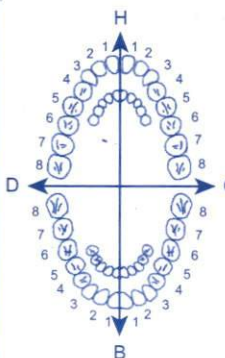
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

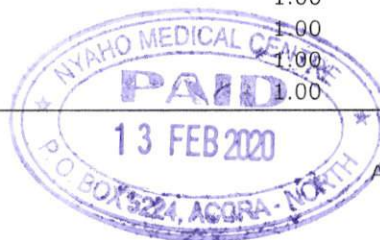


NMC/EX/16/001640

Name : Mr. MEHDI HABIB-ALLAH
Age : 44 YRS
DOB : 01-Jun-1975
MR No. : NMC/EX/16/001640
Address : ACCRA, GHANA -ACCRA, GHANA
TIN No. :

Contact No. : 0249630989
Gender : Male
Date : 13-Feb-2020 09:40 AM
Receipt No. : R/20/0009317
Doctor : DR. AMANDA QUASHIE

Particulars	Units	Rate (GHC)	Amount (GHC)
MEDICAL STORE ITEMS			
PHENYTOIN 250MG/5ML INJ (BATCH :)	4.00	42.30	169.20
DIAZEPAM INJECTION 10MG/2ML (BATCH :)	1.00	3.52	3.52
INJECTION TRAY (BATCH :)	3.00	2.00	6.00
NORMAL SALINE (0.9%) 500ML (BATCH : EA/03241)	2.00	4.96	9.92
CANNULA GREEN (BATCH : 217)	1.00	1.69	1.69
CANNULA PINK (BATCH :)	1.00	1.69	1.69
GIVING SET PLAIN (BATCH : CRSL/TPL/00005)	1.00	2.82	2.82
URINE BAG (BATCH :)	1.00	3.52	3.52
NON- REBREATHAR MASK CHILD (BATCH :)	1.00	35.25	35.25
FOLEY CATHETER 18" (BATCH :)	1.00	3.24	3.24
SUXAMETHONIUM 100MG (BATCH : 90248)	1.00	42.30	42.30
Total (GHC)			279.15
Amount Paid			279.15



Already Paid : 279.15GHC Credit Card

Patient Payable Amount : 279.15 GHC

NYAHO MEDICAL CENTRE

P.O. Box. 5224, Accra-Ghana

Tel: +233 (307) 086490/ (501) 436662

Fax: +233 (302) 777593

E-Mail: info@nyahomedical.com

Pharmacy Bill

NMC/EX/16/001640

Name : Mr. MEHDI HABIB-ALLAH
Age : 44 YRS
DOB : 01-Jun-1975
MR No. : NMC/EX/16/001640
Address : ACCRA, GHANA -ACCRA, GHANA
TIN No. :

Contact No. : 0249630989
Gender : Male
Date : 13-Feb-2020 09:40 AM
Bill No. : SIB/20/0012735
Doctor : DR. AMANDA QUASHIE

Particulars	Units	Rate (GHC)	Amount (GHC)
MEDICAL STORE ITEMS			
PHENYTOIN 250MG/5ML INJ (BATCH :)	4.00	42.30	169.20
DIAZEPAM INJECTION 10MG/2ML (BATCH :)	1.00	3.52	3.52
INJECTION TRAY (BATCH :)	3.00	2.00	6.00
NORMAL SALINE (0.9%) 500ML (BATCH : EA/03241)	2.00	4.96	9.92
CANNULA GREEN (BATCH : 217)	1.00	1.69	1.69
CANNULA PINK (BATCH :)	1.00	1.69	1.69
GIVING SET PLAIN (BATCH : CRSL/TPL/00005)	1.00	2.82	2.82
URINE BAG (BATCH :)	1.00	3.52	3.52
NON- REBREATHING MASK CHILD (BATCH :)	1.00	35.25	35.25
FOLEY CATHETER 18" (BATCH :)	1.00	3.24	3.24
SUXAMETHONIUM 100MG (BATCH : 90248)	1.00	42.30	42.30
Total (GHC)			279.15
Amount Paid			0

Already Paid :Patient Payable Amount : **279.15 GHC**

Received with thanks an amount of zero cedi Only

Sponsored By : Cash Foreigner

Signature

Declaration: We declare that this Bill shows the actual price of the goods described and that all particulars are true and correct.

13-Feb-2020 09:40 AM

Prepared By : Isaac Anang

Printed By : Miss. CATHERINE AGYEKUM

Thank You For Your Business.

Name : Mr. MEHDI HABIB-ALLAH
Age/Sex : 44 YRS / MALE
MR No. : NMC/EX/16/001640
Address : ACCRA, GHANA, ACCRA
IPD No. : 13288
Panel : Cash Foreigner

Contact No. : 0249630989
Date/Time : 13-Feb-2020 02:24 PM
Receipt No. : R/20/0009364
Doctor : DR.AMANDA QUASHIE
Bed No. : C5 - ANNEX / GR-FLOOR

Particulars	Amount
NEHNI HABIB-ALLAH	4801.00

4801.00GHC Cash

Received From Mr. MEHDI HABIB-ALLAH Remarks: ward payment

Received with thanks from Mr. MEHDI HABIB-ALLAH (Amount Four Thousand Eight Hundred and One Only)

13-Feb-2020 02:24 PM
ATAA BOAMAH

Prepared By : Miss. FREDA ATAA BOAMAH

Thank You For Your Business.



OPD Receipt



NMC/EX/16/001640

Name : Mr.MEHDI HABIB-ALLAH
Age : 44 YRS
DOB : 01-Jun-1975
MR No. : NMC/EX/16/001640
Address : ACCRA, GHANA -ACCRA, GHANA

Contact No. : 0249630989
Gender : Male
Date : 13-Feb-2020 07:28 AM
Receipt No. : R/20/0009264
Doctor : Dr. Ernest Yeboah

Particulars	Units	Rate (GHC)	Amount (GHC)
OPD CONSULTATION VISITS	1.00	317.00	317.00
DR. ERNEST YEBOAH		Total (GHC)	317.00
		Amount Paid	317.00
		Receivable Amt.	0.00

317.00GHC Cash

Payable By Patient : **317.00 CEDI**

Received with thanks an amount of Three hundred and Seventeen cedi Only

Sponsored By : Cash Foreigner

13-Feb-2020 07:28 AM
BOAMAH

Prepared By : Miss. CATHERINE AGYEKUM

Thank You For Your Business.



OPD Receipt



NMC/EX/16/001640

Name : Mr.MEHDI HABIB-ALLAH
Age : 44 YRS
DOB : 01-Jun-1975
MR No. : NMC/EX/16/001640
Address : ACCRA, GHANA -ACCRA, GHANA

Contact No. : 0249630989
Gender : Male
Date : 13-Feb-2020 09:12 AM
Receipt No. : R/20/0009315
Doctor : Dr. Ernest Yeboah

Particulars	Units	Rate (GHC)	Amount (GHC)
MEDICAL SUPERVISION CHARGES			
OXYGEN	2.00	35.00	70.00
SUCTION FEE - MINOR	2.00	35.00	70.00
PATHOLOGY			
RANDOM BLOOD GLUCOSE	1.00	63.00	63.00
PROCEDURE CHARGES			
CATHETERISATION MALE NORMAL	1.00	79.00	79.00
EMERGENCY DETENTION CARE	1.00	396.00	396.00
EMERGENCY ADMISSION	1.00	0.00	0.00
Total (GHC)			678.00

Amount Paid 678.00

Receivable Amt 0.00

678.00GHC Cash

Payable By Patient : **678.00 CEDI**



OPD Receipt



NMC/EX/16/001640

Name : Mr.MEHDI HABIB-ALLAH
Age : 44.8 YRS
DOB : 01-Jun-1975
MR No. : NMC/EX/16/001640
Address : ACCRA, GHANA -MOROCCO, MOROCCO
Lab No. : 1245680

Contact No. : 0249630989
Gender : Male
Date : 13-Feb-2020 07:40 AM
Receipt No. : R/20/0009267
Doctor : Dr. MICHAEL KWAFFO

Particulars	Units	Rate (GHC)	Amount (GHC)
PATHOLOGY			
MAGNESSIUM	1.00	75.00	75.00
NC7 (BUE & CRT)	1.00	144.00	144.00
PHOSPHORUS	1.00	69.00	69.00
NC1 -FBC WITHOUT COMMENT	1.00	64.00	64.00
URINE ROUTINE EXAMINATION	1.00	63.00	63.00
CALCIUM-IONIZED	1.00	55.00	55.00
RADIOLOGY			
CT-BRAIN (WITH CONTRAST)	1.00	822.00	822.00
ECG	1.00	113.00	113.00
Total (GHC)			1405.00
Amount Paid			1405.00



Receivable Amt. 0.00

1405.00GHC Cash

Payable By Patient : **1405.00 CEDI**

Status epilepticus 10 mg q 6

GHS 2,362.15



35 Kofi Annan Street Airport Residential Area
P.O. Box. 5224, Accra-Ghana
Tel: +233 (307) 086490/ (501) 436662
Fax: +233 (302) 777593
E-Mail: info@nyahomedical.com

OPD Bill



NMC/EX/16/001640

Name : Mr.MEHDİ HABİB-ALLAH
Age : 44.8 YRS
DOB : 01-Jun-1975
MR No. : NMC/EX/16/001640
Address : ACCRA, GHANA -MOROCCO, MOROCCO

Contact No. : 0249630989
Gender : Male
Date : 13-Feb-2020 09:12 AM
Bill No. : OPB/20/0024097
Doctor : Dr. Ernest Yeboah

Particulars	Units	Rate (GHC)	Amount (GHC)
MEDICAL SUPERVISION CHARGES			
OXYGEN	2.00	35.00	70.00
SUCTION FEE - MINOR	2.00	35.00	70.00
PATHOLOGY			
RANDOM BLOOD GLUCOSE	1.00	63.00	63.00
PROCEDURE CHARGES			
CATHETERISATION MALE NORMAL	1.00	79.00	79.00
EMERGENCY DETENTION CARE	1.00	396.00	396.00
EMERGENCY ADMISSION	1.00	0.00	0.00
		Total (GHC)	678.00
		Amount Paid	0.00



35 Kofi Annan Street Airport Residential Area
P.O. Box. 5224, Accra-Ghana
Tel: +233 (307) 086490/ (501) 436662
Fax: +233 (302) 777593
E-Mail: info@nyahomedical.com

OPD Bill



NMC/EX/16/001640

Name : Mr.MEHDI HABIB-ALLAH
Age : 44 YRS
DOB : 01-Jun-1975
MR No. : NMC/EX/16/001640
Address : ACCRA, GHANA -ACCRA, GHANA
Lab No. : 1245680

Contact No. : 0249630989
Gender : Male
Date : 13-Feb-2020 07:40 AM
Bill No. : OPB/20/0024050
Doctor : Dr. MICHAEL KWAFFO

Particulars	Units	Rate (GHC)	Amount (GHC)
PATHOLOGY			
MAGNESSIUM	1.00	75.00	75.00
NC7 (BUE & CRT)	1.00	144.00	144.00
PHOSPHORUS	1.00	69.00	69.00
NC1 -FBC WITHOUT COMMENT	1.00	64.00	64.00
URINE ROUTINE EXAMINATION	1.00	63.00	63.00
CALCIUM-IONIZED	1.00	55.00	55.00
RADIOLOGY			
CT-BRAIN (WITH CONTRAST)	1.00	822.00	822.00
EKG	1.00	113.00	113.00
Total (GHC)			1405.00
Amount Paid			0.00

PROVISIONAL BILL (Detail)

IPD No. : 13288 Patient Name : MR. MEHDI HABIB-ALLAH Contact No. : 0249630989 Address : ACCRA, GHANA ACCRA GHANA	Bill No. : Provisional Bill Date : MR No. : NMC/EX/16/001640 Age/Sex : 44 YRS / Male Doctor : Dr. AMANDA QUASHIE
--	--

Insurance Co. **CASH FOREIGNER**

Admit Room Type Shared Room--Shared Room-C5 - Annex-3	Admission Date & Time 13-Feb-2020 9:31 am
--	---

Date	Particulars	19.00	Rate (GHC)	Qty.	Disc.	Net Amount (GHC)
1. MEDICAL STORE ITEMS						
13-Feb-20	GRANISETRON INJECTION 1MG		28.19	1.00	0.00	28.19
13-Feb-20	MANNITOL 10%		10.29	2.00	0.00	20.58
13-Feb-20	OMEPRAZOLE INJECTION		11.83	2.00	0.00	23.66
Total :					0.00	72.43
2. OTHER CHARGES						
13-Feb-20	ICU CHARGE WITHOUT VENTILATOR(DEPOSIT)		4,801.00	1.00	0.00	4,801.00
Total :					0.00	4,801.00
3. PATHOLOGY						
13-Feb-20	BLOOD CULTURE & SENSITIVITY (NMB003)		161.00	1.00	0.00	161.00
13-Feb-20	MALARIA BF (THIN + THICK)		41.00	1.00	0.00	41.00
13-Feb-20	MALARIA ANTIGEN (RDT)		58.00	1.00	0.00	58.00
Total :					0.00	260.00
Total (GHC) :						5,133.43

Net Amount in (GHC): 5,133.00

Total Received Amount : 0.00

Net Amount Receivable : 5,133.00

CASH FOREIGNER

Payable By Panel	259.57
Payable By Patient	4,873.43

Kindly pay this outstanding bill now for the ICU.
 RG Thank You
 13/2/2020

PROVISIONAL BILL (Detail)

IPD No. : 13288 Patient Name : MR. MEHDI HABIB-ALLAH Contact No. : 0249630989 Address : ACCRA, GHANA ACCRA GHANA	Bill No. : Provisional Bill Date : MR No. : NMC/EX/16/001640 Age/Sex : 44.8 YRS / Male Doctor : Dr. AMANDA QUASHIE
--	--

Insurance Co. CASH FOREIGNER

Admit Room Type Shared Room--Shared Room-C5 - Annex-3	Admission Date & Time 13-Feb-2020 9:31 am
--	---

Date	Particulars	19.00	Rate (GHC)	Qty.	Disc.	Net Amount (GHC)
1. MEDICAL STORE ITEMS						
13-Feb-20	GRANISETRON INJECTION 1MG		28.19	1.00	0.00	28.19
13-Feb-20	MANNITOL 10%		10.29	2.00	0.00	20.58
13-Feb-20	OMEPRAZOLE INJECTION		11.83	2.00	0.00	23.66
13-Feb-20	PHENYTOIN 250MG/5ML INJ		42.30	2.00	0.00	84.60
13-Feb-20	MAGNESIUM SULPHATE INJ		18.33	1.00	0.00	18.33
14-Feb-20	PHENYTOIN 250MG/5ML INJ		42.30	2.00	0.00	84.60
15-Feb-20	ROCEPHINE (CEFTRIAXONE) 1GM IV		89.70	1.00	0.00	89.70
15-Feb-20	PHENYTOIN 250MG/5ML INJ		42.30	2.00	0.00	84.60
15-Feb-20	DEXAMETHASONE 4MG INJ.		5.92	3.00	0.00	17.76
15-Feb-20	DEXAMETHAZONE 8MG INJ		4.23	3.00	0.00	12.69
15-Feb-20	MANNITOL 10%		10.29	1.00	0.00	10.29
15-Feb-20	ROCEPHIN INJ 2G IV		150.50	2.00	0.00	301.00
15-Feb-20	EXAMINATION GLOVES		30.63	2.00	0.00	61.26
15-Feb-20	NORMAL SALINE (0.9%) 500ML		4.96	3.00	0.00	14.88
15-Feb-20	GIVING SET PLAIN		2.82	2.00	0.00	5.64
15-Feb-20	CANNULA PINK		1.69	2.00	0.00	3.38
15-Feb-20	INJECTION TRAY		2.00	9.00	0.00	18.00
15-Feb-20	ORELOX TAB 100MG		8.57	28.00	0.00	239.96
15-Feb-20	PHENYTOIN 250MG/5ML INJ		42.30	-1.00	0.00	-42.30
15-Feb-20	DEXAMETHASONE 4MG INJ.		5.92	-1.00	0.00	-5.92
15-Feb-20	MANNITOL 10%		10.29	-2.00	0.00	-20.58
15-Feb-20	OMEPRAZOLE INJECTION		11.83	-1.00	0.00	-11.83
15-Feb-20	ROCEPHIN INJ 2G IV		150.50	-1.00	0.00	-150.50
Total :					0.00	887.99
2. MEDICAL SUPERVISION CHARGES						
13-Feb-20	OXYGEN		35.00	16.00	0.00	560.00
14-Feb-20	OXYGEN		35.00	24.00	0.00	840.00

IPD No. : 13288		Bill No. : Provisional				
Patient Name : Mr. MEHDI HABIB-ALLAH		Age/Sex : 44.8 YRS				
Date	Particulars	27.00	Rate (GHC)	Qty.	Disc.	Net Amount (GHC)
15-Feb-20	REPORTING FEE		173.00	1.00	0.00	173.00
					Total :	0.00
						1,573.00
3. RADIOLOGY						
13-Feb-20	ECG (RE001)		113.00	3.00	0.00	339.00
					Total :	0.00
						339.00
4. OTHER CHARGES						
13-Feb-20	ICU CHARGE WITHOUT VENTILATOR(DAILY RATE)		481.00	1.00	0.00	481.00
13-Feb-20	DOCTORS FEES (DAILY)		88.00	1.00	0.00	88.00
13-Feb-20	NURSING HIGH CARE CHARGE		595.00	1.00	0.00	595.00
14-Feb-20	ICU CHARGE WITHOUT VENTILATOR(DAILY RATE)		481.00	1.00	0.00	481.00
14-Feb-20	DOCTORS FEES (DAILY)		88.00	1.00	0.00	88.00
14-Feb-20	NURSING HIGH CARE CHARGE		595.00	1.00	0.00	595.00
15-Feb-20	ICU CHARGE WITHOUT VENTILATOR(DAILY RATE)		481.00	1.00	0.00	481.00
15-Feb-20	DOCTORS FEES (DAILY)		88.00	1.00	0.00	88.00
15-Feb-20	NURSING HIGH CARE CHARGE		595.00	1.00	0.00	595.00
					Total :	0.00
						3,492.00
5. PATHOLOGY						
13-Feb-20	BLOOD CULTURE & SENSITIVITY (NMB003)		161.00	1.00	0.00	161.00
13-Feb-20	MALARIA BF (THIN + THICK)		41.00	1.00	0.00	41.00
13-Feb-20	MALARIA ANTIGEN (RDT)		58.00	1.00	0.00	58.00
14-Feb-20	NC1(FULL BLOOD COUNT) (NHM019)		64.00	1.00	0.00	64.00
14-Feb-20	MAGNESSIUM (NCP065)		75.00	1.00	0.00	75.00
14-Feb-20	NC7 (BUE & CRT) (NCP071)		144.00	1.00	0.00	144.00
					Total :	0.00
						543.00
Total (GHC) :						6,834.99
Total Received Amount :						7,301.00
Amount To Refund : :						466.00
Net Amount in (GHC): -466.00						
CASH FOREIGNER						
Payable By Panel		650.88				
Payable By Patient		6,184.12				

IPD No. : 13288		Bill No. : Provisional			
Patient Name : Mr. MEHDI HABIB-ALLAH		Age/Sex : 44.8 YRS			
Date	Particulars	9.00	Rate (GHC)	Qty.	Disc. Net Amount (GHC)

Receipt No./Refund No.	Receipt Type	Date	Amount
R/20/0009364	(Receipt)	13-Feb-20	4,801.00
R/20/0009599	(Receipt)	14-Feb-20	2,500.00

Patient's/Attendent's Signature

Authorised Signature
(kfutagbi)

PROVISIONAL BILL (Detail)

IPD No. : 13288 Patient Name : MR. MEHDI HABIB-ALLAH Contact No. : 0249630989 Address : ACCRA, GHANA ACCRA GHANA	Bill No. : Provisional Bill Date : MR No. : NMC/EX/16/001640 Age/Sex : 44.8 YRS / Male Doctor : Dr. AMANDA QUASHIE
---	--

Insurance Co. CASH FOREIGNER

Admit Room Type Shared Room--Shared Room-C5 - Annex-3	Admission Date & Time 13-Feb-2020 9:31 am
--	---

Date	Particulars	19.00	Rate (GHC)	Qty.	Disc.	Net Amount (GHC)
1. MEDICAL STORE ITEMS						
13-Feb-20	GRANISETRON INJECTION 1MG		28.19	1.00	0.00	28.19
13-Feb-20	MANNITOL 10%		10.29	2.00	0.00	20.58
13-Feb-20	OMEPRAZOLE INJECTION		11.83	2.00	0.00	23.66
13-Feb-20	PHENYTOIN 250MG/5ML INJ		42.30	2.00	0.00	84.60
13-Feb-20	MAGNESIUM SULPHATE INJ		18.33	1.00	0.00	18.33
14-Feb-20	PHENYTOIN 250MG/5ML INJ		42.30	2.00	0.00	84.60
15-Feb-20	ROCEPHINE (CEFTRIAZONE) 1GM IV		89.70	1.00	0.00	89.70
15-Feb-20	PHENYTOIN 250MG/5ML INJ		42.30	2.00	0.00	84.60
15-Feb-20	DEXAMETHASONE 4MG INJ.		5.92	3.00	0.00	17.76
15-Feb-20	DEXAMETHAZONE 8MG INJ		4.23	3.00	0.00	12.69
15-Feb-20	MANNITOL 10%		10.29	1.00	0.00	10.29
15-Feb-20	ROCEPHIN INJ 2G IV		150.50	2.00	0.00	301.00
15-Feb-20	EXAMINATION GLOVES		30.63	2.00	0.00	61.26
15-Feb-20	NORMAL SALINE (0.9%) 500ML		4.96	3.00	0.00	14.88
15-Feb-20	GIVING SET PLAIN		2.82	2.00	0.00	5.64
15-Feb-20	CANNULA PINK		1.69	2.00	0.00	3.38
15-Feb-20	INJECTION TRAY		2.00	9.00	0.00	18.00
15-Feb-20	ORELOX TAB 100MG		8.57	28.00	0.00	239.96
15-Feb-20	PHENYTOIN 250MG/5ML INJ		42.30	-1.00	0.00	-42.30
15-Feb-20	DEXAMETHASONE 4MG INJ.		5.92	-1.00	0.00	-5.92
15-Feb-20	MANNITOL 10%		10.29	-2.00	0.00	-20.58
15-Feb-20	OMEPRAZOLE INJECTION		11.83	-1.00	0.00	-11.83
15-Feb-20	ROCEPHIN INJ 2G IV		150.50	-1.00	0.00	-150.50
Total :					0.00	887.99
2. MEDICAL SUPERVISION CHARGES						
13-Feb-20	OXYGEN		35.00	16.00	0.00	560.00
14-Feb-20	OXYGEN		35.00	24.00	0.00	840.00

IPD No. : 13288		Bill No. : Provisional				
Patient Name : Mr. MEHDI HABIB-ALLAH		Age/Sex : 44.8 YRS				
Date	Particulars	27.00	Rate (GHC)	Qty.	Disc.	Net Amount (GHC)
15-Feb-20	REPORTING FEE		173.00	1.00	0.00	173.00
					Total :	0.00
						1,573.00
3.	IPD CONSULTATION VISITS					
14-Feb-20	DR. AMANDA QUASHIE		309.00	1.00	0.00	309.00
					Total :	0.00
						309.00
4.	RADIOLOGY					
13-Feb-20	ECG (RE001)		113.00	3.00	0.00	339.00
					Total :	0.00
						339.00
5.	OTHER CHARGES					
13-Feb-20	ICU CHARGE WITHOUT VENTILATOR(DAILY RATE)		481.00	1.00	0.00	481.00
13-Feb-20	NURSING HIGH CARE CHARGE		595.00	1.00	0.00	595.00
14-Feb-20	ICU CHARGE WITHOUT VENTILATOR(DAILY RATE)		481.00	1.00	0.00	481.00
14-Feb-20	NURSING HIGH CARE CHARGE		595.00	1.00	0.00	595.00
15-Feb-20	ICU CHARGE WITHOUT VENTILATOR(DAILY RATE)		481.00	1.00	0.00	481.00
15-Feb-20	NURSING HIGH CARE CHARGE		595.00	1.00	0.00	595.00
					Total :	0.00
						3,228.00
6.	PATHOLOGY					
13-Feb-20	BLOOD CULTURE & SENSITIVITY (NMB003)		161.00	1.00	0.00	161.00
13-Feb-20	MALARIA BF (THIN + THICK)		41.00	1.00	0.00	41.00
13-Feb-20	MALARIA ANTIGEN (RDT)		58.00	1.00	0.00	58.00
14-Feb-20	NC1(FULL BLOOD COUNT) (NHM019)		64.00	1.00	0.00	64.00
14-Feb-20	MAGNESSIUM (NCP065)		75.00	1.00	0.00	75.00
14-Feb-20	NC7 (BUE & CRT) (NCP071)		144.00	1.00	0.00	144.00
					Total :	0.00
						543.00
					Total (GHC) :	6,879.99
					Total Received Amount :	7,301.00

IPD No. : 13288		Bill No. : Provisional	
Patient Name : Mr. MEHDI HABIB-ALLAH		Age/Sex : 44.8 YRS	
Date	Particulars	9.00	Rate (GHC)
			Qty.
			Disc.
			Net Amount (GHC)

Net Amount in (GHC): -421.00

CASH FOREIGNER

Payable By Panel 650.88

Payable By Patient 6,229.12

Receipt No./Refund No.	Receipt Type	Date	Amount
R/20/0009364	(Receipt)	13-Feb-20	4,801.00
R/20/0009599	(Receipt)	14-Feb-20	2,500.00

Amount To Refund : : 421.00

Authorised Signature
(dbaah)

Patient's/Attendent's Signature