

८. यदि दावा आवासीय अस्पतालभर्ती के लिए है तो कृपया बताएं
if the claims is for Domiciliary Hospitalisation, Please indicate

क. उपचार के प्रारंभ का दिनांक (a) Date of Commencement of treatment	:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> दिनांक/Date			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> माह/Month			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> वर्ष/Year		
ख. उपचार समाप्त होने का दिनांक (b) Date of Completion of treatment	:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> दिनांक/Date			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> माह/Month			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> वर्ष/Year		
ग. उपचार करने वाले चिकित्सक का नाम और पता (c) Name & Address of attending Medical Practitioner	:	_____								

		पिन कोड/Pin Code _____								
		राज्य/संघशासित प्रदेश/State/U.Territory _____								
घ. फोन नंबर (d) Telephone No.	:	_____								
ड. पंजीकरण संख्या (e) Registration No.	:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								

मैंने उपर उल्लिखित रोग/बीमारी/दुर्घटना के उपचार, अगले पृष्ठपर दिए गए खर्चों की अनुसूची में अपने द्वारा दिए गए विवरण अनुसार खर्चे वहन किए हैं।
I have incurred on the treatment of Disease/illness/Accident referred of above, the expenses as per the _____ given by mein the Schedule of Expenses given overleaf.

उपर्युक्त दावे के समर्थन में मैं निम्नलिखित दस्तावेज संलग्न करता हूँ (कृपया (✓) द्वारा दर्शाएँ)
In support of the above claim, I enclose following documents [Please Indicate(✓)]

१. अस्पताल के बिल्स, रसीद और छोड़े जाने का प्रमाणपत्र/कार्ड।
Bills, Receipts and Discharge Certificate/card from the Hospital.
२. उचित प्रिस्क्रिपशन के साथ अस्पताल/केमिस्ट से प्राप्त केश मेमो।
Cash memos from the Hospital/Chemist(s), supported by the proper prescription
३. पैथॉलॉजिकल जाँच रिपोर्ट की माँग की जाने पर उपचार करने वाले चिकित्सक सर्जन से नोट के साथ पैथॉलॉजिकल जांच की पैथॉलॉजिकल रिपोर्ट।
Receipt and Pathological test reports from a Pathologist supported by the note from the attending Medical Practitioner Surgeon demanding such Pathological tests.
४. किए गए ऑपरेशन का स्वरूप दर्शाने के लिए सर्जन का प्रमाणपत्र और सर्जन बिल तथा रसीद
Surgeon's Certificate stating nature of operation performed and surgeon's bill and receipt.
५. उपचार करने वाले डॉक्टर/परामर्शदाता/विशेषज्ञ/एनेस्थेतिस्ट का बिल और रसीद तथा रोगनिदान से संबंधित प्रमाणपत्र
Attending Doctor's /Consultant's/Specialist's/Anaesthetist's bill and receipt and certificate regarding diagnosis.
६. आवासीय अस्पताल भर्ती के संबंध में मरीज के घर में उसकी देखभाल करने वाली प्रशिक्षित नर्स से प्राप्त रसीद जिसकी चिकित्सक का प्रमाणपत्र हो।
In case of Domiciliary Hospitalisation, Receipt from a qualified nurse who attended the patient at his/her desidence duy supported by a certificate from attending Medical Practitioner.
७. उपचार करने वाले चिकित्सक के प्राप्त प्रमाणपत्र जिसमें पॉलिसी के आवासीय अस्पताल भर्ती क्लॉज के अंतर्गत उपचार करने के लिए कारण दिए गए हैं।
Certificate from the attending Medical Practitioner giving reasons for treatment under Domiciliary Hospitalisation Clause of policy
८. उपचार करने वाले चिकित्सक/सर्जन से यह प्रमाणपत्र कि मरीज रोगमुक्त हुआ है।
Certificate from the attending Medical Practitioner/Surgeon that the Patient is fully cured.

मैं एतद्वारा वारंटी देता/देती हूँ कि उपर्युक्त विवरण सभी प्रकार से सज है और मैं स्वीकार करता/करती हूँ कि यदि मैंने कोई झूठा और गलत कथन किया है या करूँ, उसे दवाऊँ या छिपाऊँ तो उक्त खर्चों के लिए किए गए प्रतिपूर्ति के दावे के लिए मेरी हकदारी पूर्णरूप से समाप्त समझी जाए। मैं आगे घोषणा करता/करती हूँ कि उपर्युक्त इलाज के संबंध में कोई भी लाभ किसी अन्य चिकित्सा योजना या बीमा के अंतर्गत प्राप्त नहीं है।

I hereby warrant the truth of foregoing particulars in every respect and I agree that if I have made or shall make any false or untrue statements, suppression or concealment, my right to claim reimbursement of the said expenses shall be absolutely forfeited. I further declare that, in respect of the above treatment, no benefits are admissible under any other Medical Scheme or insurance

स्थान _____ आज _____ दिनांक _____
Dated at _____ this _____ day of _____ 200

दावाकर्ता के हस्ताक्षर
Signature of the Claimant

Please prepare Discharge Summary on the letter pad of the Hospital

DISCHARGE SUMMARY

Patient's Name : _____
 Age : _____ Sex : M / F _____
 Diagnosis : _____
 Date of Admission : ____/____/____ Time : _____ A.M. / P.M.
 Date of Discharge : ____/____/____ Time : _____ A.M. / P.M.
 (1) History : _____
 (2) Findings : _____
 (3) Investigation : _____
 (4) Treatment Given : _____
 (5) Treatment advice : _____
 (6) Follow up : _____
 (7) Is your hospital Registered with Local
 Authorities under Bombay nursing home Act rule-5 YES / NO
 (If YES, please attach Xerox Copy)
 (8) Nos. of Total Beds in your Nursing Home/Hospital. :

Seal & Signature of
 The Treating Doctor of the hospital

Please prepare Case History on the letter pad of the Hospital

CASE HISTORY

Name : _____ Date : ____ / ____ / 200____
 Res : _____
 Sex : M/F _____ Age : _____ Occupation : _____
 Ref. by : _____
 Complaints : _____

 Past history : _____
 Treatment given by : _____
 Drug. history : _____
 Family history : _____
 Inv. : _____
 Personal history : _____
 Gen Exam. T : _____
 P : _____ Clinical : _____
 BP : _____ Diagnosis : _____
 RS : _____
 AS : _____
 CVS : _____
 CNS : _____
 ECG : _____
 Screening : _____
 Follow up : _____
 Advice : _____

Seal & Signature of Doctor