

8. यदि दावा आवासीय अस्पतालभर्ती के लिए है तो कृपया बताएं
If the claim is for Domiciliary Hospitalisation, Please indicate

क.	उपचार के प्रारंभ का दिनांक	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(a)	Date of Commencement of treatment	:	दिनांक / Date	माह / Month	वर्ष / Year
ख.	उपचार समाप्त होने का दिनांक	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(b)	Date of Completion of treatment	:	दिनांक / Date	माह / Month	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	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(e)	Registration No.	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

उपर्युक्त दावे के समर्थन में मैं निम्नलिखित दस्तावेज संलग्न करता हूँ (कृपया (✓) द्वारा दर्शाएं)

In support of the above claim, I enclose following documents [Please Indicate (✓)]

1. अस्पताल के बिल्स, रसीद और छोड़े जाने का प्रमाणपत्र/कार्ड।
Bills, Receipts and Discharge Certificate/card from the Hospital.
2. उचित प्रिस्क्रिप्शन के साथ अस्पताल/केमिस्ट से प्राप्त केश मेमो।
Cash memos from the Hospital/Chemist(s), supported by the proper prescription.
3. पैथॉलॉजिकल जांच रिपोर्ट की मांग की जाने पर उपचार करने वाले चिकित्सक सर्जन से नोट के साथ पैथॉलॉजिकल जांच की रसीद और पैथॉलॉजिकल रिपोर्ट।
Receipt and Pathological test reports from a Pathologist supported by the note from the attending Medical Practitioner / Surgeon demanding such Pathological tests.
4. 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.
5. 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.
6. आवासीय अस्पताल भर्ती के संबंध में मरीज के घर में उसकी देखभाल करने वाली प्रशिक्षित नर्स से प्राप्त रसीद जिसके साथ उपचार करने वाले चिकित्सक का प्रमाणपत्र हो।
In case of Domiciliary Hospitalisation, Receipt from a qualified nurse who attended the patient at his/her residence duly supported by a certificate from attending Medical Practitioner.
7. उपचार करने वाले चिकित्सक से प्राप्त प्रमाणपत्र जिसमें पॉलिसी के आवासीय अस्पताल भर्ती क्लॉज के अंतर्गत उपचार करने के लिए कारण दिए गए हों।
Certificate from the attending Medical Practitioner giving reasons for treatment under Domiciliary Hospitalisation Clause of policy.
8. 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 एतद्द्वारा वारंटी देता/देती हूँ कि उपर्युक्त विवरण सभी प्रकार से सच है और मैं स्वीकार करता/करती हूँ कि यदि मैंने कोई झूठा और असत्य कथन किया हो या करूँ, उसे दवाज 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

DISCHARGE SUMMARY

Patient's Name	:	
Age	:	Sex _____ M/F _____
Diagnosis	:	
Date of Admission	:	
Date of Discharge	:	
1. History	:	
2. Findings	:	
3. Investigation	:	
4. Treatment Given	:	
5. Treatment Advised	:	
6. Follow-up	:	
7. Is your Hospital Registered with Local Authorities under Bombay Nursing Home Act Rule - 5 (If yes, please mentioned Reg. No.)	:	

SEAL & SIGNATURE OF HOSPITAL DOCTOR

CASE HISTORY

Name	:		Date	:	
Residence Add.	:		Sex	:	
Ref. By	:		Age	:	
Complaints	:		Treatment by	:	
Past History	:				
Drug History	:				
Family History	:		INV	:	
Personal History	:				
Gen. Exam T	:				
P	:		Clinical	:	
BP	:		Diagnosis	:	
RS	:				
AS	:				
CVS	:		Follow-up	:	
NCS	:		Advise	:	
ECG	:				
SCREENING	:				

SEAL & SIGNATURE OF DOCTOR