

ہیلتھ انفارمیشن مینجمنٹ سروسز (Health Information Management Services)

درخواست برائے انشورنس کلیم فارم (Application form for Completion of Insurance Claim Form)

فارم - ایچ (Form-H)

_____	:	Date/تاریخ
_____	:	مریض / متوفی کا میڈیکل ریکارڈ نمبر (Patient's /Deceased's M.R #)
_____	:	مریض / متوفی کا نام (Patient's/Deceased's Name)
_____	:	تاریخ داخلہ (Date of Admission)
_____	:	تاریخ ڈسچارج (Date of Discharge)
_____	:	درخواست کنندہ کا مکمل نام (Full Name of Applicant)
_____	:	مریض / متوفی سے رشتہ (Relationship with the patient/Deceased)
_____	:	فون نمبر (Contact #)
_____	:	انشورنس (Insurance)
_____	:	وارڈ (Ward)
_____	:	نوعیت (Type)
_____	:	کمپنی (Company): _____ پرائیویٹ (Private): _____

درخواست کنندہ کے دستخط (Applicant's Signature)

نوٹ: (Please Note):

۱۔ مریض / خاندان کے قریبی افراد درخواست جمع کروانے کے مجاز ہونگے۔ (only Patient/ immediate family member is authorized to apply for the claim form)۔

۲۔ درخواست فارم کے ساتھ ہی اصل سرٹیفکیٹ و وفات نقول شناختی کارڈ مریض / متوفی و درخواست کنندہ مع ۳۰۰ روپے اجراء نہیں جمع کروانا ضروری ہے۔

(Copy of N.I.C of patient/deceased and applicant, Copy of original death certificate msuat be submitted along with the fees rupees 300)

۳۔ درخواست جمع کروانے وقت تصدیق کے لئے اصل شناختی کارڈ مریض / متوفی و درخواست کنندہ لازمی ہے (The original N.I.C of patient/Deceased and applicant will have to be produced for verification)

۴۔ اوپر دی گئی معلومات صحیح اور حتمی تصور کی جائیں گی۔ (Information given above will be considered final and authentic)

۵۔ درخواست فارم جمع کروانے کے بعد کوئی تبدیلی قبول نہیں ہوگی (No change will be accepted after the submission of the application)

۶۔ فارم تکمیل نہ ہونے کی صورت میں ۳ تا ۷ دن کے بعد جاری کیا جائے گا۔ (Claim form will be completed after 3 to 7 days)

۷۔ اپنا مطلوبہ ریکارڈ ۴۵ دن کے اندر وصول کر لیں بصورت دیگر (HIMS) اس ریکارڈ کا ذمہ دار نہ ہوگا اور نئی درخواست جمع کرانی ہوگی۔ (Please receive your requested record in 45 days otherwise new request have to be submitted.)

صرف دفتری استعمال کے لئے (For Office Use)

_____ (cash slip #) کیش سلپ نمبر	_____ وصول کنندہ فارم (Form Received by)	_____ وصول کنندہ درخواست (Application received by)
_____ رقم (Amount): _____ روپے	_____ دستخط (Signature): _____	_____ دستخط (Signature): _____
_____ تاریخ (Date): _____	_____ تاریخ (Date): _____	_____ تاریخ (Date): _____

رسید (Receipt)

برائے مہربانی میڈیکل ریکارڈ نمبر _____ کا کلیم فارم _____ تاریخ کو حاصل کیجئے۔ فارم کی وصولی کے لئے یہ پرچی اپنے ساتھ لائیں۔

(please collect the claim form applied for M.R # _____ on _____. Please bring this slip for collection of form)

مریض / متوفی کا نام (Patient's /Deceased's Name): _____

وصول کنندہ درخواست (Application Received By) دستخط (signature): _____ تاریخ (Date): _____

لیاقت نیشنل ہسپتال، ہیلتھ انفارمیشن مینجمنٹ سروسز ڈیپارٹمنٹ، فون نمبر # ۰۲۱-۳۴۴۱۲۰۸۹