

(Health Information Management Services) میڈیٹھ انفارمیشن مینجمنٹ سروسز

(Verification of Hospital Bill for Reimbursement with Letter) اسپتال کے بل کی تصدیق معاوضے کے لئے معیٹر

(Form-E) فارم ای

_____	:	Date/ تاریخ
_____	:	(Medical Record #) میڈیکل ریکارڈ نمبر
_____	:	(Patient's Name) مریض کا نام
_____	:	(Name of Applicant) درخواست کنندہ کا نام
_____	:	(Date of Admission) تاریخ داخلہ
_____	:	(Date of Discharge) تاریخ اخراج
_____	:	(Relationship with the Patient) مریض سے رشتہ
_____	:	(Contact #) فون نمبر
_____ (Private) _____ (Company) _____	:	(Type) نوعیت
_____	:	(Doctor's Name) ڈاکٹر کا نام
_____	:	(Ward) وارڈ
_____	:	(Reason for Sumary) وجہ درخواست
_____	:	(Applicant's Signature) درخواست کنندہ کے دستخط

نوٹ: (Please Note)

- ۱۔ مریض یا مریض کے قریبی افراد درخواست جمع کروانے اور مطلوبہ دستاویز وصول کرنے کے مجاز ہوں گے۔
(Only Patient or immediate relative is authorized to submit the application form or collect the reports)
- ۲۔ درخواست فارم کے ہمراہ ۵۰۰ روپے جمع کروانا لازمی ہے۔ (Application form must be submitted along with the processing fees of Rs 500/-)
- ۳۔ رپورٹ تعطیل نہ ہونے کی صورت میں ۳ تا ۷ دن کے بعد جاری کر دی جائے گی۔ (Reports will be issued after 3 to 7 days)
- ۴۔ 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 رپورٹ (Reports Received by)	وصول کنندہ درخواست (Application received by)
رقم (Amount): _____ روپے	دستخط (Signature): _____	دستخط (Signature): _____
	تاریخ/Date: _____	تاریخ/Date: _____

رسید (Receipt)

برائے مہربانی رپورٹ کلینیکل سمری ایڈسپارج سمری انسٹیٹیوٹ رپورٹ ایل کی تفصیل حاصل کیجئے۔ رپورٹ کی وصولی کے لئے یہ پرچی اپنے ساتھ لائیں۔

(Please Collect the report applied for M.R # _____ on _____. Please bring this slip with you for collection of

/Clinical Summary/Discharge Summary/Prescription/Labs Report/Detail of Bill

مریض کا نام (Patient's Name) _____

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