

ہیلتھ انفارمیشن مینجمنٹ سروسز (Health Information Management Services)

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

فارم-اے (Form-A)

_____	:	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): پرائیوٹ (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 لانا 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 تعطیل 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)

صرف دفتری استعمال کے لئے (For Office Use)

_____	وصول کنندہ درخواست (Application received by)
_____	وصول کنندہ فارم (Form Received by)
_____	دستخط (Signature):
_____	دستخط (Signature):
_____	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