

(Health Information Management Services) (ہیلتھ انفارمیشن مینجمنٹ سروسز)

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

(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) کمپنی | : | (Type) نوعیت |
| _____ | : | (Doctor's Name) ڈاکٹر کا نام |
| _____ | : | (Ward) وارڈ |
| _____ | : | (Reason for Sumary) وجہ درخواست |
| _____ | : | (Applicant's Signature) درخواست کنندہ کے دستخط |

(Please Note): نوٹ

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)

(For Office Use) صرف دفتری استعمال کے لئے

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| _____ (cash slip #) کیش سلپ نمبر | _____ (Reports Received by) وصول کنندہ رپورٹ | _____ (Application received by) وصول کنندہ درخواست |
| _____ (Amount): رقم | _____ (Signature): دستخط | _____ (Signature): دستخط |
| _____ (Date): تاریخ | _____ (Date): تاریخ | _____ (Date): تاریخ |

(Receipt) رسید

برائے مہربانی رپورٹ کلینیکل سمری، ڈسچارج 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

_____ (Patient's Name) مریض کا نام

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