

राष्ट्रीय औद्योगिक इंजीनियरी संस्थान

विहार सरोवर, मुंबई - 400 087.

चिकित्सा के लिये किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति के दावे हेतु आवेदन

टिप्पणी : हर मरीज के लिये अलग फॉर्म प्रयोग में लाया जाये

1. कर्मचारी का नाम एवं पदनाम : _____
2. प्रतिमाह वेतन की रकम : _____
3. निवास स्थान का पता : _____
4. मरीज का नाम एवं कर्मचारी से उसका संबंध : _____
5. इलाज की जगह / स्थान : _____
6. दावे की रकम का विवरण : _____

	विवरण	सं.	दिनांक	दावे की रकम	केवल कार्यालय प्रयोग हेतु
क.	चिकित्सा परिचर्या 1. परामर्श शुल्क - प्रथम द्वितीय तृतीय चतुर्थ 2. इंजेक्शन 3. खरीदी गई दवाओं की कीमत (पीछे देखें)				
ख.	प्रयोगशाला परीक्षण / एक्स-रे प्रभार				
ग.	अस्पताल प्रभार 1. स्थान 2. ऑपरेशन (सर्जन का शुल्क) 3. थियेटर / शल्यशाला 4. ऐनिस्थीशिया 5. प्रयोगशाला परीक्षण / एक्स-रे 6. दवाएँ / इंजेक्शन 7. रक्त व रक्त आधान 8. अन्य *				
घ.	विशेषज्ञ प्रभार (परामर्श / दौरा)				
ड.	प्रसूति प्रभार				
	दावे की कुल राशि घटाएँ - अग्रिम				
	दावे की शुद्ध राशि				

कृपया क से ड तक में शामिल न हुए खर्च का उल्लेख करें।

(कृपया हिन्दी में फॉर्म भरे)

अनिवार्य प्रमाण पत्र

मैं प्रमाणित करता हूँ / करती हूँ कि नीटी, मुंबई-400 087/ के / की श्री /श्रीमती/ कु./डा. _____

_____की/के पत्नी/पुत्र/पुत्री /पिता /माता श्री/श्रीमती/कु./डा._____

_____ उम्र _____ (केवल बच्चों के मामले में)_____

के लिए (बीमारी का नाम लिखें)_____ से _____ तक अपने

निवास _____ अस्पताल / क्लीनिक / नर्सिंग होम / मेरे परामर्शी कमरे में मुझसे इलाज करवाया

है और (क) कि मैंने _____ (तारीखें दें) को अपने परामर्श कमरे / मरीज के निवास पर

परामर्श के लिये रु. _____ का बिल दिया है और रुपये प्राप्त किये हैं ;

(ख) कि मैंने _____ (तारीखें दें) जो इन्टरमस्क्यूलर / सबक्यूटेनियस इंजेक्शन लगाने के

लिये रुपये _____ का बिल दिया है और रुपये प्राप्त किए हैं, कि

ये इंजेक्शन प्रतिरक्षा / रोगनिरोधन के लिये दिये थे / नहीं दिये गये थे (ग) कि मेरे द्वारा बताई गई नीचे लिखी

दवाएँ मरीज की हालत सुधारने, गंभीर गिरावट को रोकने के लिये जरूरी थीं। अस्पताल में दवाएँ प्राइवेट

मरीजों को देने के लिये नहीं रखी जाती हैं और इनमें उस प्रकार की तैयार की जानेवाली दवाएँ शामिल नहीं हैं,

जिनके बदले वही प्रभाववाली सस्ती दवाएँ उपलब्ध हैं, न ही इनमें ऐसी चीजें हैं, जिन्हें भोजन, टॉयलेट या

इन्फेक्शन दूर करने वाला कहा जा सके; (घ) कि मैंने विशेष परामर्श के लिये मरीज को डॉ. _____

के पास भेजा था; (ड) कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण, आदि जिनके लिये रुपये _____

खर्च किये गये, अनिवार्य थे और मेरी सलाह पर _____

अस्पताल में किये गये थे।

चि. अ. को अग्रेषित

पंजीकृत डॉक्टर के हस्ताक्षर _____

पंजीकरण सं. _____

अनुभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर

पता : _____
