
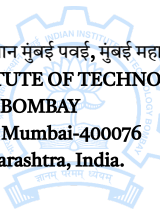


प्रपत्र संख्या 05/ Form No.05	एचआर-2 (एचसीएम-2)/HR-2 (HCM-2) <u>चिकित्सा दावा प्रपत्र- रोगी विभाग उपचार</u> <b>MEDICAL CLAIM FORM - INPATIENT</b> <b>DEPARTMENT TREATMENT</b>	 भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान मुंबई पवई, मुंबई महाराष्ट्र, भारत. INDIAN INSTITUTE OF TECHNOLOGY BOMBAY Powai, Mumbai-400076 Maharashtra, India.
----------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

भा.प्रौ.सं मुंबई के कर्मचारी एवं उनके परिवार के सदस्यों के लिए चिकित्सा शुश्रूषा/उपचार संबंधी चिकित्सा व्यय हेतु चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा के लिए आवेदन।(ध्यान दें: 1) सभी मूल बिल रसीद/भा.प्रौ.सं अस्पताल परामर्श एवं चिकित्सा मुक्ति विवरण की छाया प्रति संलग्न करें। 2) प्रत्येक रोगी के लिए अलग प्रपत्र का प्रयोग करें।)/Application for claiming reimbursement of medical expenses incurred in connection with medical attendance/treatment for members of staff of the Indian Institute of Technology and their families. [N.B. 1)Attach all original bill receipt/s, IIT Hospital reference & Xerox copy of discharge summary. 2) Separate form should be used for each patient.]

1. दावेदार के विषय में जानकारी/I. Information of the Claimant					
दावेदार का नाम/Claimant's Name		पद/Designation/Programme		विभाग/Department	
एसएपी आईडी /रोल नं SAP ID /Roll No.	वेतन स्तर Pay Level	वार्ड की पात्रता Entitlement of ward	गतिमान क्रमांक mobile No.	ईमेल आईडी E-Mail ID	
II. रोगी संबंधित जानकारी/Information regarding the patient					
रोगी का नाम Patient's Name	संबंध Relationship	बीमारी का स्वरूप एवं अवधि Nature of illness & its period	निर्देशित चिकित्सा अधिकारी का नाम/तिथि Name of Referring Medical Officer/Date	निर्देशित अस्पताल का नाम Referred Hospital Name	
III. अस्पताल व्यय की जानकारी/Hospital Expenses Information					
क्र.सं/ Sr. No.	विवरण/Particulars	कुल राशि (रु) Total Amount (INR.)	क्र.सं/ Sr. No.	विवरण/Particulars	कुल राशि (रु) Total Amount (INR)
1	आवासीय शय्या प्रभार Accommodation Bed Charges		7	शल्यकर्म कक्ष प्रभार Operation Theatre Charges	
2	पंजीकरण शुल्क Registration Fee		8	फिजिओथेरेपी प्रभार Physiotherapy Charges	
3	परामर्श/डॉक्टर दौरा प्रभार Consultation/ Doctor Visit Charges		9	इमेजिंग सेवा प्रभार Imaging Service Charges	
4	शल्यचिकित्सक प्रभार/Surgeon Charges		10	क्ष किरण/XRay	
5	अस्पताल प्रभार Hospital Charges		11	ईसीजी/ECG	
6	रक्त जांच प्रभार Blood Charges		12	उपचार प्रभार Diagnostic Charges	
7	परीक्षण एवं प्रक्रिया Test & Procedures		17	उपभोज्य प्रभार Consumable Charges	

प्रपत्र संख्या 05/ Form No.05	<b>एचआर-2 (एचसीएम-2)/HR-2 (HCM-2)</b> <b>चिकित्सा दावा प्रपत्र- रोगी विभाग उपचार</b> <b>MEDICAL CLAIM FORM - INPATIENT</b> <b>DEPARTMENT TREATMENT</b>	 भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान मुंबई पवई, मुंबई महाराष्ट्र, भारत. <b>INDIAN INSTITUTE OF TECHNOLOGY</b> <b>BOMBAY</b> Powai, Mumbai-400076 Maharashtra, India.
----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1

क्र.सं Sr. No.	विवरण/Particulars	कुल राशि (रु) Total Amount (Rs.)	क्र.सं Sr. No.	विवरण/Particulars	कुल राशि (रु) Total Amount (Rs.)
14	एंजियोप्लास्ट्री पैकेज प्रभार Angioplasty Package Charges		18	अस्पताल द्वारा दी गई औषधि Medicine provided by Hospital	
15	विविध प्रभार Miscellaneous Charges		19	अस्पताल को लौटायी गई चिकित्सीय राशि Medicine Charges refund to Hospital	
16	अस्पताल को प्रदत्त अन्य प्रभार Any other Charges paid to Hospital		20	बाजार से खरीदी गई दवाईयों का मूल्य Cost of Medicine Purchased from market	
कुल दावा की गई राशि Total Amount Claimed					
प्राप्त अग्रिम राशि Advance Taken					
संलग्नकों की संख्या No. Of Enclosures					

**टिप्पणी/Note:** यदि कर्मचारी के पारिवारिक सदस्य का उपचार उनके आवास पर किया जाता है, तो नियमानुसार उस उपचार का पूर्ण विवरण दें एवं प्राधिकृत चिकित्सा शुश्रूषा का प्रमाणपत्र संलग्न करें। If the treatment was received by a member of the staff at their residence, give particulars of such treatment and attach certificate from the Authorised Medical Attendant, as required by rules.

सरकारी/निर्धारित अस्पताल के अतिरिक्त किसी दूसरे अस्पताल में चिकित्सा की जाती है, तो आवश्यक विवरण दें और प्राधिकृत चिकित्सा शुश्रूषा से जारी किया प्रमाणपत्र प्रस्तुत करें, जिससे ज्ञात होता हो कि आवश्यक चिकित्सा किसी नजदीकी सरकारी चिकित्सालय में उपलब्ध नहीं थी। If treatment was received at a Hospital other than a Government/Recognized Hospital, necessary details and the certificate of the Authorised Medical Attendant to the effect that the requisite medical treatment was not available in any nearest Government Hospital should be furnished.

**दावेदार द्वारा हस्ताक्षरित घोषणापत्र/DECLARATION TO BE SIGNED BY THE CLAIMANT**

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गए तथ्य मेरी जानकारी एवं विश्वास से सत्य हैं एवं जिनका चिकित्सा व्यय वहन किया गया है, वह पूर्णरूप से मुझ पर आश्रित है और वह परिवार का कमाऊ व्यक्ति नहीं है।

I hereby declare that i) The statements made in this application are true to the best of my knowledge and belief.  
ii) The Person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me and is not an earning member of the family.

दिनांक/Date

दावेदार के हस्ताक्षर/Claimant's Signature

प्रतिहस्ताक्षरित एवं प्रमाणित किया जाता है कि यह दावा/Countersigned and certified that the claim:

1) वास्तविक है। 2) इस विषय संबंधी नियमों तथा आदेशों में अन्तर्निहित है। 3) बिल, रसीद एवं अन्य प्रमाणपत्रों आदि द्वारा समर्थित है। 4) यह दावा राशि आहरित नहीं की गई है। 5) इन्हें संकायाध्यक्ष (एए)/कुलसचिव द्वारा मंजूर किया जा चुका है।

1) is genuine. 2) is covered by rules and orders on the subject. 3) is supported by bills, receipts and other certificates etc. 4) was not drawn before, and 5) has been sanctioned by me.

कुलसचिव-Registrar/ उप कुलसचिव(एचआर-2) Dy. Registrar HR-2