

ہدایات برائے میڈیکل بل ری امبر سمٹ

- (1)۔ میڈیکل بل اپلیکیشن فارم کو مکمل طور پر پُر کریں، کوئی کالم خالی نہ چھوڑیں، بلز کی تاریخ کے حساب سے ترتیب کا خیال رکھیں۔
 - (2)۔ میڈیکل بلز ہر مہینہ کی (1 تا 10) تاریخ تک میڈیکل سنٹر میں کلیم کرنے والے ملازم خود آکر جمع کروائیں۔
 - (3)۔ دو مہینہ سے پرانے میڈیکل بل وصول نہیں کیے جائیں گے۔
 - (4)۔ فارمیسی کی انوائس / بلز پر میڈیکل سنٹر کا نام، آڈریس، فون نمبر اور لائسنس نمبر لازمی پرنٹ ہو۔
 - (5)۔ ڈلیٹ ہو جانوالی انک سے پرنٹڈ (Thermal Printing) بلز اصل انوائس کیساتھ اسکی فوٹوکاپی بھی منسلک کریں۔
- آؤٹ ڈور ٹریٹمنٹ کیلئے میڈیکل بلز کے ساتھ درج ذیل ڈاکومنٹ منسلک کریں۔
- (1)۔ کسی بھی مریض کیلئے ہر مہینہ یا ڈاکٹر کے حسب ہدایت شیڈول کے مطابق یونیورسٹی کے میڈیکل آفیسر سے چیک اپ کروانا لازمی ہے۔
 - (2)۔ یونیورسٹی کے میڈیکل آفیسر / کنسلٹنٹ سے چیک اپ کے بعد حاصل شدہ پریسکریپشن / ایڈوائس / ریفرل سلپ بلز کیساتھ ایچ کریں۔
 - (3)۔ میڈیکل آفیسر یا کسی کنسلٹنٹ کا نسخہ جس پر درج ذیل تفصیل لکھی ہو،
- (ا)۔ مرض کی تشخیص۔ (ب)۔ کوئی انوسٹی گیشن / لیب ٹیسٹ اگر کروایا گیا ہے تو اس ٹیسٹ کا نام۔ (رپورٹ کی کاپی چند کیسز کی صورت میں)
 - (ج)۔ ادویات کی تفصیل کہ کونسی دوائی کتنی دیر تک استعمال کرنی ہے۔ (د)۔ فالو اپ / دوبارہ چیک اپ کیلئے کب آنا ہے۔
- انڈور ٹریٹمنٹ کیلئے درج ذیل ڈاکومنٹ منسلک کریں۔
- (1)۔ یونیورسٹی میڈیکل آفیسر کی ریفر سلپ۔
 - (2)۔ ہسپتال کی ڈسچارج سلپ جس پر ڈیٹ آف ایڈمیشن اور ڈیٹ آف ڈسچارج، اور بیماری کی نوعیت اور علاج کی تفصیل لکھی ہو۔
 - (3)۔ انڈور میں اگر کوئی میڈیسن خریدی گئی ہے یا ٹیسٹ کروایا گیا ہے، تو ہسپتال کے پرنٹڈ پیڈ پر ڈاکٹر کا نسخہ اور انوسٹی گیشن / ٹیسٹ کی تفصیل اور آڈوائس۔
 - (4)۔ انڈور ٹریٹمنٹ کے دوران ہسپتال کے وارڈ کے ہیڈ ہیڈ چارٹ کی کاپی۔ (چند کیسز کی صورت میں)

Checkbox: (Medical Centre Use Only)

This Application Form for Reimbursement Completely Filled.		
Bill/ Receipt/ Invoice (Original) é (Detail of test/ investigations), (Pharmacy License No.& Address) Photocopy of Bills (Thermal),		
Refer Slip of University Medical Officer/ WMO.		
Copy of Prescription of MO/ WMO/ Consultant é (Diagnosis, Medicines & Treatment Plan) (Writing Pad é Name, Address,		
Original Advice for Test/ Investigation.		
Indoor Case: Discharge Slip. é (Date of Admission & Discharge, Diagnosis, Treatment & Procedure During Hospital Stay)		
Indoor Prescription & Original Advice Test on Hospital Pad. (During Indoor Treatment Detail of Test & Investigations)		
Indoor Treatment. Copy of Bed Head Chart of Ward (in some cases)		
In case of late submission of bills. (After due date)		
Incomplete Bills. 1. Employee received back for correction.		
2. Employee insist to keep it as it is, for submit in M.C.		

Received by (Information Desk Medical Centre) Sig: ----- Date: ----- /----- /-----



MEDICAL CENTRE

National Textile University Faisalabad



APPLICATION FORM for REIMBURSEMENT of MEDICAL BILLS

Name of Employee		Designation	BPS. No.	TTS./SPS.	Employee ID/ PPO.No.
Department		Ext. No.	Cell No.		

OPD: Patient visit the Medical Centre for Consultancy. ☐ /Contact Online. ☐ /Emergency. ☐

Indoor Hospital Name: ----- Hospital is Govt. ☐ /Private. ☐

Date of {Admission: ---- / ---- / ----- & Discharge: ---- / ---- / -----} (Attach Discharge & Referral Slips)

Detail of Medical Bills for the Month of: [-----]							
Sr. No.	Name of Patients	Relation é Employ	Receipt No.	Date:	Name of Pharmacy/ Lab./Clinic/Hospital. etc.	Claimed Amount Rs.	Office Use
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
G. Total=							

It is certified that, (i) The member of my family for whose treatment reimbursement has been claimed is residing with me and wholly dependent upon me. (ii) Any claim was not drawn before. (iii) Total amount of claims was paid by me.

Bills Submit by: ----- Date: / / Sig. of Employee/ Claimant: -----

It is verified that the Medicines/ Hospitalization/ Lab. Tests/ Investigations listed above were essential for the recovery/ restoration of the patient. Patients were Treated in Indoor ☐ / Treated in outdoor for chronic disease ☐ Fall in Sr. No. --, --, --, according to Govt. Letter No. F.6(1) R-10/2010-171-2011, and as per medical attendance of NTU Statutes 2014. Acute and restricted items are omitted.

Authorized Medical Attendant of NTU Medical Officer: -----