

ہدایات برائے میڈیکل بل ری امبر سمٹ

میڈیکل بل سبمشن فارم پُر کر کے میڈیکل بلز کیساتھ لگائیں۔

میڈیکل بلز ہر مہینہ کی (1 تا 10) تاریخ تک میڈیکل سنٹر میں یونیورسٹی ملازم خود آکر جمع کروائیں۔

دو مہینہ سے پرانے میڈیکل بل وصول نہیں کیے جائینگے۔

آؤٹ ڈور ٹریٹمنٹ کیلئے میڈیکل بلز کے ساتھ درج ذیل ڈاکومنٹ منسلک کریں۔

(1)۔ کسی ہسپتال یا سپیشلسٹ کی طرف ریفر کئے جانے والے مریض کیلئے ہر نئے وزٹ کیلئے میڈیکل آفیسر سے نئی ریفر سلپ لینا ضروری ہے۔

(2)۔ ایک پریسکرپشن پر میڈیکل آفیسر کے رپیٹ کرنے پر زیادہ سے زیادہ دو ماہ کی مستقل دوائی کا بل ری امبرس کیا جاسکتا ہے۔

(3)۔ میڈیکل آفیسر یا کنسلٹنٹ کا نسخہ جس پر درج ذیل تفصیل لکھی ہو،

(ا)۔ مرض کی تشخیص۔ (ب)۔ لیبارٹری ٹیسٹ اگر کروایا گیا ہے تو اس ٹیسٹ کا نام اور رپورٹ کی کاپی۔

(ج)۔ ادویات کی تفصیل کہ کونسی دوائی کتنی دیر تک استعمال کرنی ہے۔ (د)۔ دوبارہ کب چیک اپ کیلئے 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 مرض نوعیت اور علاج کی تفصیل لکھی ہو۔

(3)۔ انڈور ٹریٹمنٹ کے دوران ہسپتال کے وارڈ کے ہیڈ ہیڈ چارٹ کی کاپی۔

(4)۔ انڈور علاج کیلئے اگر کوئی میڈیسن خریدی گئی ہے یا ٹیسٹ کروایا گیا ہے تو ہسپتال کے پرنسپل پر ڈاکٹر کا نسخہ اور آڈوائس۔

Checkbox: (Medical Centre Use Only)

Bill Submission Proforma filled.		
Bill/Receipt. (Lab. Test Detail / Pharmacy License No.) (Address, Phone No.) (Original & Copy)		
Refer Slip of University Medical Officer.		
Prescription. (Diagnosis, Medicines, Treatment Plan) (Consultant Pad, Address, Phone No.) (Proper Repeated by M.O.)		
Original Advice for Test Investigation.		
Discharge Slip. (Date of Admission & Discharge, Diagnosis, Treatment & Procedure During Hospital Stay)		
Prescription, Original Advice Test on Hospital Pad. (During Indoor Treatment)		
Indoor Treatment. Copy of Bed Head Chart of Ward		
Incomplete Bills. 1. Employee received for correction. 2. Employee insist to keep it as it is, for submit in M.C.		

Received by Information Desk Medical Centre:

Date: --- /--- /-----

Medical Centre

National Textile University Faisalabad

Proforma for Submission of Medical Claims

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

➡ For all types of Treatment, Referred by M.O. ☐ Emergency Case ☐ (Must Attach Referral Slip)

Outdoor-Treatment by M.O. / Consultant Dr. -----

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

Date of Admission ---/---/--- & Discharge ---/---/--- Attach Discharge Slip ☐ Medical Chart ☐

Detail of Medical Bills for the Month of: [-----]

Sr.No.	Name of Patient(s)	Self / Relationship	Receipt No.	Date	Name of Medical-Store, Labs, Clinic, Hospital, etc.	Amount Rs.
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 Date: / / Signature of NTU Employee/ Claimant: -----

It is verified that the Medicines/Hospitalization/Clinical-Test/Examination 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 NTU statutes, 2014. Acute and restricted items are omitted.

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

(Dr. Mehmood Ismail)