

ہدایات برائے میڈیکل بلز ری امبر سمٹ

- (1).. میڈیکل بلز کی ری امبر سمٹ کیلئے اس اپلیکیشن فارم کو مکمل طور پر پُر کریں، کوئی کالم خالی نہ چھوڑیں، بلز / انوائس کی تاریخ کے حساب سے ترتیب کا خیال رکھیں۔
- (2).. میڈیکل بلز ہر مہینہ کی (1 تا 10) تاریخ تک میڈیکل سنٹر میں میڈیکل کلیم کرنے والے ملازم خود آکر جمع کروائیں۔
- (3).. دو مہینہ سے پرانے میڈیکل کلیمز / بلز وصول نہیں کیے جاتے۔
- (4).. فارمیسی کے صرف کمپیوٹرائزڈ بلز / انوائس ہی ری امبر سمٹ کیلئے وصول کئے جائیں گے، جس پر میڈیکل سٹور کا نام، اڈریس، فون نمبر اور لائسنس نمبر لازمی پرنٹ ہو۔
- (5).. ڈلیٹ ہو جانے والی انک سے پرنٹڈ (Thermal Printing) بلز کی 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 مہینے یا ڈاکٹر کے حسب ہدایت شیڈول کے مطابق یونیورسٹی کے میڈیکل آفیسر سے چیک اپ کروانا لازمی ہے۔
 - (3).. ریگولر پشٹ مہینہ کے آخری اور پہلے تین دن میں میڈیکل سنٹر تشریف لا کر اپنا چیک اپ کروا کر اپنی پریسکرپشن / نسخہ ری نو کروالیں۔
 - (4).. یونیورسٹی کے میڈیکل آفیسرز / کنسلٹنٹ سے چیک اپ کے بعد حاصل شدہ پریسکرپشن / ایڈوائس / ریفرل سلپ بلز کیساتھ منج کریں۔
 - (5).. یونیورسٹی میڈیکل آفیسر یا کسی کنسلٹنٹ کے پریسکرپشن / نسخہ پر درج ذیل تفصیلات درج ہوں،
- * مریض کا نام۔ * تاریخ / ڈیٹ۔ * بیماری کی تشخیص۔ * انوسٹی گیشن / لیب ٹیسٹ وغیرہ کی تفصیل (رپورٹ کی کاپی اگر طلب کی جائے)۔
- * ادویات کی تفصیل کہ کونسی دوائی کیسے اور کب تک استعمال کرنی ہے۔ * فالو اپ یعنی دوبارہ چیک اپ کیلئے مریض نے کب آنا ہے۔ وغیرہ
- انڈور ٹریٹمنٹ کیلئے درج ذیل ڈاکومنٹ منسلک کریں۔

- (1).. یونیورسٹی میڈیکل آفیسر کی ریفر سلپ۔ (طے شدہ پروگرام کے مطابق / پری پلینڈ یا ایمر جینسی کی صورت میں)۔
- (2).. ہسپتال کی پراپر ڈسچارج سلپ جس پر ڈیٹ آف ایڈمشن اور ڈیٹ آف ڈسچارج، 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 پریڈاکٹر کا نسخہ اور انوسٹی گیشن / ٹیسٹ کی اڈوائس تفصیلاً۔
- (4).. انڈور ٹریٹمنٹ کے دوران ہسپتال کے وارڈ کے ہیڈ ہیڈ چارٹ کی کاپی۔ (چند کیسز کی صورت میں)

Checkbox: (Medical Centre Use Only)	Yes/No.	Remarks/Observation
This Application Form for Reimbursement Completely Filled.		
Bill/ Receipt/ Invoice (Original) é (Detail of test/ investigations), (Pharmacy License No.& Address) Photocopy of Bills (Thermal), Duly Signed by Medical Officers MO/WMO.		
Refer Slip of University Medical Officers MO/WMO.		
Copy of Prescription of MO/WMO/ Specialist/Consultant of Govt. Hospital é (Diagnosis, Medicines & Treatment Plan) (If using copy of prescription is repeated and duly Signed by MO/WMO)		
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 Medicines & 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 at the Medical Centre) Sig: ----- Date: ---- / ---- / ----



MEDICAL CENTRE

National Textile University Faisalabad

APPLICATION FORM for REIMBURSEMENT of MEDICAL BILLS



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

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

Indoor: Hospital Name: ----- Govt Hospital. Private.

Date: of [Admission: ---- / ---- / ---- & Discharge: ---- / ---- / ----] (Attach Discharge & Referral Slips)

Detail of Medical Bills for the Month of: [-----]							
Sr. No.	Name of Patients	Relation é Employee	Receipt No.	Receipt Date:	Name of Pharmacy/Store 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) None of these bills had ever been claimed before (iii) Total amount of claims was paid by me.

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

It is verified that above reimbursed bills for Medicines, Hospitalization, fee, Lab/Investigation charges etc. claimed by the employee and approved by me were essential for the recovery and rehabilitation of the patients. The patients were Treated in Indoor / Outdoor Fall in according to Govt. Letter No. F.6(1)R-10/2010-171-2011, and as per NTU Medical Attendance Statutes 2014. All restricted and non-reimbursable items have been omitted /rejected.

Authorized Medical Attendant of NTU Medical Officers (MO/WMO): -----