

APPLICATION FOR CLAIMING REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES

[NB. SEPARATE FORM SHOULD BE USE FOR EACH PATIENT]

1. Name and Designation of the Employee : -----
2. Amount of pay per month : ----- p.m.
3. Residential address : -----
4. Name of the patient and relationship with the employee : -----
5. Place of treatment : -----
6. Details of amount claimed : -----

	Particulars	No.	Date	Amount Claimed	For Office Use Only
a)	Medical Attendance 1) Consultation Fee – First Second Third Fourth 2) Injections 3) Cost of Medicines Purchased (see overleaf)				
b)	Laboratory Test/ X – Ray Charges				
c)	Hospital Charges 1) Accommodation 2) Operation (Surgeon fee) 3) Theatre 4) Anesthesia 5) Laboratory Test / X-ray 6) Medicines / injections 7) Blood & Blood transfusion 8) Others*				
d)	SPECIALIST CHARGES CONSULTATION / VISITS				
e)	MATERNITY CHARGES				
	TOTAL AMOUNT OF CLAIM LESS: ADVANCE				
	NET AMOUNT OF CLAIM				

*Please specify the nature of expenditure not covered by (a) to (e)

Sr. No.	Name of Medicine	Cash Memo No. & Date	Amount claimed	Amount disallowed	Amount Payable
TOTAL					

I hereby declare (a) that the statements made in this application are true to the best of my knowledge and belief and that the person, for whom the medical expenses were incurred, is actually dependent on me; (b) there is no Authorized Medical Attendant approved by IIM within the radius of 5km from my residence (c)* the person for whom medical reimbursement is claimed, is normally residing with me and that his / her income is less than Rs. 3500/- p.m., or income is Nil.

*Strike out whichever is not application.

Signature & Designation
of the Claimant

ESSENTIALITY CERTIFICATE

I certify that Shri / Mrs / Miss / Dr. -----Wife /
Husband / son / daughter / father / mother / of Shri / Mrs. / Miss / Dr. -----
aged -----(in case of children only) employed in IIM Mumbai – 400 087, has
been under my treatment for----- from
----- to ----- at his / her residence -----
Hospital / Clinic / Nursing Home / My consulting room and (a) that I charged and received Rs -----
for consultations on ----- (dates to be
given) at my consulting room / residence of the patient. (b) that I charged and received Rs. -----
for administering ----- intermuscular / subcutaneous injection on -----
(dates to be given), that the injections were / were not for immunizing or prophylactic purpose ; (c) that
the undermentioned medicines prescribed by me were essential for the recovery / prevention of serious
deterioration of the same. The medicines are not stocked in the hospital for supply to private patients and
do not include proprietary preparations for which cheaper substitutes of equal therapeutic value are
available, nor are these preparations which are these preparations which are primarily food, toilet or
disinfectants (d) that I referred the patient to Dr for specialist consultation ; (e) that the X-ray, Laboratory
Test, etc. for which an expenditure of Rs. -----
was incurred, were necessary and undertaken on my advice at -----
-----Hospital.

Forwarded to M.O.

Signature of the
Registered Medical Practitioner
Reg. No. -----

Address -----

Signature of
Section Head

चिकित्सा के लिए किए गए व्यय की प्रतिपूर्ति के दावे हेतु आवेदन

(टिप्पणी: हर मरीज के लिए अलग फॉर्म प्रयोग में लाया जाये)

1. कर्मचारी का नाम एवं पदनाम : -----
2. प्रतिमाह वेतन की रकम : ----- p.m.
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 हिंदी में फॉर्म भरें)

क्रम संख्या	दवा का नाम	कैश मेमो संख्या एवं तारीख	दावे की रकम	अनुमत्य न की गई राशि	भुगतान योग्य राशि
	कुल				
कुल					

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि (क) इस आवेदन में दिया गया विवरण मेरी जानकारी के अनुसार बिल्कुल सही है और जिस व्यक्ति की चिकित्सा के लिये खर्च किया गया है वह वास्तव में मुझ पर आश्रित है; (ख) मेरे निवास स्थान से 5 कि.मी. तक के क्षेत्र में भारतीय प्रबंधन संस्थान मुंबई द्वारा अनुमोदित कोई प्राधिकृत डॉक्टर नहीं है; (ग) * जिस व्यक्ति के चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के लिए दावा किया गया है, वह मेरे साथ रहता है / रहती है और उसकी आय रु. 3500/- प्रति माह से कम है या उसकी कोई आय नहीं है।

*जो लागू नहीं है उसे काट दें।

दावेदार के हस्ताक्षर एवं पदनाम

अनिवार्य प्रमाण पत्र

मैं प्रमाणित करता / करती हूँ कि भारतीय प्रबंधन संस्थान मुंबई-400 087 के / की श्री / श्रीमती / सुश्री / डॉ. -----
----- की / के पत्नी / पुत्र / पुत्री / पिता/माता श्री/ श्रीमती / सुश्री / डॉ. -----
-----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 दे) को अपने परामर्श कमरे / मरीज के निवास पर परामर्श के लिये रु. -----
का बिल दिया है और रुपये प्राप्त किए हैं, (ख) कि मैंने ----- (तारीख दें) जो इन्टरमस्क्यूलर / सबक्यूटेनियस इंजेक्शन लगाने के लिए
रुपये ----- का बिल दिया है और रुपये प्राप्त किए हैं, कि ये इंजेक्शन प्रतिरक्षा/ रोगनिरोधन के लिये दिये 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 प्राईवेट मरीजों को देने के लिये नहीं रखी
जाती हैं और इनमें उस प्रकार की तैयार की जानेवाली दवाएँ शामिल नहीं हैं, जिनके बदले वही प्रभाव वाली सस्ती दवाएं उपलब्ध हैं, न ही इनमें ऐसी चीजें हैं,
जिन्हें भोजन, टॉयलेट या इन्फेक्शन दूर करनेवाला कहा जा सके; (घ) कि मैंने विशेष परामर्श के लिये मरीज को डॉ. -----
के पास भेजा था; (ङ) कि एक्स - रे, प्रयोगशाला परीक्षण, आदि जिनके लिये रुपये -----
खर्च किये गये, अनिवार्य थे और मेरी सलाह पर -----
अस्पताल में किये गये थे।

चिकित्सा अधिकारी को अग्रेषित

प्रंजीकृत डॉक्टर के हस्ताक्षर -----

पंजीकरण सं.-----

पता :-----

अनुभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर