

करा०बी०मा निगम, बिहार क्षेत्र

चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी..... जो श्री/श्रीमती..... स्वयं/बीमा सं० (संस्थान का नाम) में कार्यरत है, की पत्नी/पुत्र/पुत्री है, अस्पताल/मेरे परामर्श कक्ष में मेरे इलाज में हैं तथा इस संबंध में मेरे द्वारा बताई गई निम्नलिखित दवाइयां मरीज के इलाज एवं स्वास्थ्य लाभ/ उसकी स्थिति में गंभीर गिरावट को रोकने के लिए अत्यंत आवश्यक थी। हकदार मरीजों को आपूर्ति के लिए (अस्पताल का नाम) में दवाइयों का स्टॉक नहीं था तथा वहाँ समान चिकित्सा वैल्यू की सस्ती वैकल्पिक व्यवस्था और मूल सुविधाएं यथा भोजन, प्रसाधन या डिस्डिफेक्शन की भी कोई व्यवस्था नहीं थी।

1. प्रमाणित किया जाता है कि करा०बी० अस्पताल/औषधालय में रोगी को जिस इलाज के लिए भर्ती कराया गया था उसकी सुविधाएं उपलब्ध नहीं थी/ या आपातस्थिति में भर्ती कराया गया।
2. प्रमाणित किया जाता है कि इलाज की अवधि के दौरान बीमाकृत व्यक्ति चिकित्सा हितलाभ का हकदार था।
3. प्रमाणित किया जाता है कि दवाइयां करा०बी० अस्पताल/औषधालय के भंडार में उपलब्ध नहीं थी/जाँच की सुविधा नहीं थी।
4. प्रमाणित किया जाता है कि बताई गई दवाइयां Pharmacopia द्वारा वहन की गई/इलाज के लिए जाँच की आवयकता थी।
5. प्रमाणित किया जाता है कि दवा पर्ची के अनुसार इलाज जरूरी था।
6. इलाज की अवधि दिनांक समय से
दिनांक समय तक
7. प्रमाणित किया जाता है कि दावे की राशि उचित है।
8. वे (बीमारी का नाम) से पीड़ित थे/थी।

दवाइयो का नाम (स्पष्ट अक्षरों में)	आउटडोर टिकट सं० तथा तिथि	खरीदने की वास्तविक तिथि (कैश मेमो/जाँच रिपोर्ट संलग्न करें)	मूल्य	
			रु०	पै०

चिकित्सा अधिकारी/चिकित्सा अधीक्षक
के मुहर सहित हस्ताक्षर

1. प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती मेरे हैं। वे मुझ पर आश्रित है तथा मेरे साथ रहते/रहती है।
2. प्रमाणित किया जाता कि दवाइयां द्वारा खरीदी गई तथा द्वारा उपयोग की गई।
3. प्रमाणित किया जाता है कि मरीज की मासिक आय है।

बीमाकृत व्यक्ति का हस्ताक्षर

बीमा सं०

मोबाइल सं०

बैंक अकाउंट सं० बैंक का नाम शाखा

बैंक आईएफ.एस.सी : (IFSC) कोड :

(ई.एस.आई. शाखा कार्यालय/डिस्पेंसरी में जमा करें)

ESIC Bihar Region

Medical Reimbursement Claim

I certify that patient Sh./Smt./Kr.himself / herself / wife / son / daughter of Sh./Smt. Ins. No employed in the has been under my treatment at the Hospital/my Consulting room and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were absolutely for the treatment and recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines were not stocked. In (Name of the Hospital) for supply to entitled patients and do not include proprietary preparation for which cheap substitutes of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily food, toilets or disinfections.

1. Certified that facilities for the treatment for which the patient was referred to admitted were not available in the ESIC Hospital / Dispensary or admission was done in emergency.
2. Certified that the I.P. was entitled to medical benefit during the period of treatment.
3. Certified that the medicines were not available in the stock of ESI Hospital / Dispensary. / tests were not available.
4. Certified that the medicines prescribed are borne on the pharmacopeia. / tests required for treatment.
5. Certified that treatment as per prescription was necessary.
6. Period of treatment from Date..... Time..... to Date Time.....
7. Certified that price claimed is reasonable.
8. He/ She was suffering from in block letters.....

Name of medicines (in block letters)	Out-dor ticket No. and date on which prescribed	Date on which test done/ medicine actually purchased (cash memo/ test reports be enclosed in original)	Price	
			Rs.	Ps.

**Signature of Medical Officer/
Medical Superintendent with stamp**

1. Certified that Sh.Smt is my He/She is depended upon me and residing with me.
2. Certified that the medicines have been purchased by and consumed by
3. Certified that the monthly earning of the patient is

Signature of I.P.

Ins. No.

Mobile No.

Bank A/c No. Bank Name

Branch Bank IFCE Code

(To be submitted in ESIC Branch Office/ESI Dispensary)