





ক্লেম করার জন্য জমা করা নথিসমূহ - চেকলিস্ট

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ক্লেম করার ফরম ঠিক মতো স্মার করা হয়েছে | <input type="checkbox"/> অপারেশন থিয়েটারের নোটসমূহ                    |
| <input type="checkbox"/> ক্লেম করা হয়েছে তা জানানোর কপি         | <input type="checkbox"/> ECG   |
| <input type="checkbox"/> হাসপাতালের প্রধান বিল                   | <input type="checkbox"/> তদন্তের জন্য ডাক্তারের অনুরোধ                 |
| <input type="checkbox"/> হাসপাতালের বিল আলাদা আলাদা করে          | <input type="checkbox"/> পরীক্ষার রিপোর্ট (ঈ.এং / গজও/ টব.এ / এঁচউ সহ) |
| <input type="checkbox"/> হাসপাতালের প্রদান করা বিলের রসিদ        | <input type="checkbox"/> অন্যান্য                                      |
| <input type="checkbox"/> হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার সারসংক্ষেপ  |  |
| <input type="checkbox"/> ফার্মেসীর বিল                           |  |

জুড়ে দেওয়া বিলগুলির বিশদ বর্ণনা

ক্রমিক নং	বিল নং	তারিখ	যার দ্বারা দেওয়া হয়েছে	যাকে দেওয়া হয়েছে	পরিমাণ (RS)
1.		d d m m y y		হাসপাতালের প্রধান বিল	
2.		d d m m y y		হাসপাতালে ভর্তির আগে: টি	
3.		d d m m y y		হাসপাতালে ভর্তির আগে: টি	
4.		d d m m y y		ফার্মেসীর বিলসমূহ	
5.		d d m m y y			
6.		d d m m y y			
7.		d d m m y y			
8.		d d m m y y			
9.		d d m m y y			
10.		d d m m y y			

মুখ্য বীমাকৃতের অ্যাকাউন্টের বিশদ বর্ণনা

a) প্যান :  b) অ্যাকাউন্ট নম্বর :

c) ব্যাল্কের নাম এবং শাখা :

d) প্রদেয় চেক/ D এর বিশদ বর্ণনা :  e) IFSC কোড :

বীমাকৃতের দ্বারা করা ঘোষণা

আমি এই মর্মে ঘোষণা করিতেছি যে এই ক্লেম ফরমে দেওয়া সমস্ত তথ্যগুলি আমার জ্ঞান ও বিশ্বাস মতে নির্ভুল ও সত্য। যদি আমি কোনো মিথ্যা বা অসত্য বক্তব্য দিই, কোনো বস্তগত বিষয়কে চেপে রাখি বা গায়েব করি, তবে আমার বিরুদ্ধে ক্লেমের ব্যয়পূরণ বাজেয়াপ্ত করার সম্পূর্ণ ক্ষমতা থাকছে। এছাড়াও আমি সম্মতি এবং অনুমোদন দিচ্ছি TPA/ইনস্যুরেন্স কোম্পানীকে যে তারা যার জন্য এই ক্লেম করা হচ্ছে তার কাছ থেকে যেকোনো হাসপাতাল/ মেডিক্যাল প্রাক্টিশনারের প্রয়োজনীয় তথ্য/ নথি চাইতে পারে। আমি ঘোষণা করছি যে আমি এই ক্লেমের জন্য সমস্ত বিল/ রসিদ সংযুক্ত করেছি এবং (যদি থাকে) আমি প্রাক/ পরবর্তী হাসপাতাল ইজেশনের জন্য ছাড়া অন্য কোনো পরিপূরক ক্লেম করিনি।

তারিখ :

স্থান :

বীমাকৃতের স্মার



## ক্রেম ফরম - পার্ট B

হসপিটাল দ্বারা পূরণ করতে হবে

এই ফরমের ইস্যু করার অর্থ কখনই অ্যাডমিশনের দায়বদ্ধতা বোঝায় না

দয়া কওে, পার্ট A এর পরিবর্তে আসল প্রাক-অনুমোদন অনুরোধ ফরমটি সংযুক্ত করুন

(বড় হাতের অক্ষরে পূরণ করতে হবে)

### হাসপাতালের বিশদ বর্ণনা

a) হাসপিটালের নাম :

b) হাসপিটাল আই.ডি. :  c) হাসপিটালের ধরন :  নেটওয়ার্ক  নেটওয়ার্ক (যদি নেটওয়ার্ক বহির্ভূত হয় বিভাগ E)

d) চিকিৎসাকারী ডাক্তারের নামঃ:  S U R N A M E  F I R S T  N A M E  M I D D L E  N A M E

e) যোগ্যতা:  f) রাজ্যের কোড সহ রেজিস্ট্রেশন নং :

g) ফোন নং:

### ভর্তি করা রোগীর বিস্তারিত বর্ণনা

a) রোগীর নাম :  S U R N A M E  F I R S T  N A M E  M I D D L E  N A M E

b) আই.পি. রেজিস্ট্রেশন নম্বর :  c) লিঙ্গ :  পুরুষ  মহিলা d) বয়স : সাল   মাস

e) জন্ম তারিখ:  d d m m y y f) ভর্তি হবার তারিখ :  d d m m y y g) সময় :  h h  m m

h) ছাড়া পাবার তারিখ :  d d m m y y i) সময় :  h h  m m j) ভর্তির ধরণ :  জরুরী অবস্থা  পরিকল্পিত  ডে কেয়ার  মেটারনিটি

k) মেটারনিটি কিনা : i. ডেলিভারীর তারিখঃ  d d m m y y ii. স্ট্যাটাসের গ্রেডঃ

l) ছাড়া পাবার সময় অবস্থা :  বাড়ির জন্য ছাড়া হল  অন্য হাসপাতালের জন্য ছাড়া হল  মারা গেছে

### ব্যাধি নির্ণয়ের (প্রাথমিক) বিশদ বর্ণনা

a)	ICD 10 Codes	বিবরণ	b)	ICD 10 Codes	বিবরণ
i) প্রাথমিক রোগনির্ণয়ঃ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	i) পদ্ধতি ১ :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ii) অতিরিক্ত রোগনির্ণয় :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ii) পদ্ধতি ২ :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
iii) সহ-উপসর্গ :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	iii) পদ্ধতি ৩ :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
iv) সহ-উপসর্গ :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	iv) পদ্ধতির বিশদ বর্ণনা :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

c) বর্তমান ব্যাধি কি চউউ এর জটিলতার ফল?  হ্যাঁ  না i) (যদি হ্যাঁ, নির্দিষ্টভাবে বিশদ বর্ণনা দিন) :

d) প্রাক-অনুমোদন সংগৃহীত হয়েছে:  হ্যাঁ  না e) প্রাক-অনুমোদন নম্বর :

f) যদি নেটওয়ার্ক হাসপিটাল দ্বারা অনুমোদন না পাওয়া যায়, কারণ দেখান :

g) আঘাতের জন্য হাসপাতালে ভর্তি :  হ্যাঁ  না i) (যদি হ্যাঁ, কারণ দেখান)  নিজেই নিজেকে আঘাত  দিয়েছে  রাস্তায় যানবাহনে দুর্ঘটনা

ii) যদি দ্রব্যাদির অপব্যবহার মদ্যপানের কারণে আঘাতগ্রস্ত হয়, এটাকে প্রতিষ্ঠিত করার পরীক্ষা কি করা হয়েছে:  হ্যাঁ  না (যদি হ্যাঁ হয়, রিপোর্ট সংযুক্ত করুন) iii) এটা কি চিকিৎসাক্রান্ত বৈধ:  হ্যাঁ  না

v) FIR নং :  vi) যদি পুলিশকে জানানো না হয় তার কারণ দেখান:

### ক্রেম করার জন্য জমা করা নথিসমূহ - চেকলিস্ট

<input type="checkbox"/> ক্রেম ফরম সঠিকভাবে সাক্ষর করা হয়েছে	<input type="checkbox"/> পরীক্ষার রিপোর্ট
<input type="checkbox"/> প্রাক-অনুমোদন অনুরোধের আসল	<input type="checkbox"/> CT/MR/USG/HPE পরীক্ষার রিপোর্ট
<input type="checkbox"/> প্রাক-অনুমোদন অ্যাপ্রুভালের কপি	<input type="checkbox"/> পরীক্ষার জন্য ডাক্তারের রেফারেন্স স্মিপ
<input type="checkbox"/> হাসপিটাল কতৃক পরীক্ষিত রোগীর পরিচয় পত্রের কপি	<input type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> হাসপিটাল থেকে ছাড়া পাওয়ার সারসংক্ষেপ	<input type="checkbox"/> ফার্মেসী বিল
<input type="checkbox"/> অপারেশন থিয়েটারের নোট	<input type="checkbox"/> MLC রিপোর্ট এবং পুলিশ FIR
<input type="checkbox"/> হাসপিটালের প্রধান বিল	<input type="checkbox"/> যেখানে প্রয়োজ্য হাসপিটাল থেকে মৃত্যুর সারসংক্ষেপের প্রকৃত কপি
<input type="checkbox"/> হাসপিটালের আলাদা আলাদা বিল	<input type="checkbox"/> আরো অন্য কিছু, দয়াকরে উলেখ করুন



নেটওয়ার্ক বহির্ভূত হাসপাতালের ক্ষেত্রে বিশদ বর্ণনা

a) হাসপাতালের ঠিকানা :

শহর :  রাজ্য :

পিন কোড :  b) ফোন নং :  c) রেজিস্ট্রেশন নং :

d) প্যান :  e) অস্থার বেডের সংখ্যা :  f) হাসপিটালে সহজপ্রাপ্য সুবিধা সমূহ :  OT :  হ্যাঁ  না ii) ICU :  হ্যাঁ  না

iii) অন্যান্য :

বীমাকৃতের দ্বারা করা ঘোষণা

(দয়া করে খুব যত্ন সহকারে পড়ুন)

আমি এই মর্মে ঘোষণা করিতেছি যে এই ক্লেম ফরমে দেওয়া সমস্ত তথ্যগুলি আমার জ্ঞান ও বিশ্বাস মতে নির্ভুল ও সত্য। যদি আমি কোনো মিথ্যা বা অসত্য বক্তব্য দিই, কোনো বস্তুগত বিষয়কে চেপে রাখি বা গায়েব করি, তবে আমার বিরুদ্ধে ক্লেমের ব্যয়পূরন বাজেয়াপ্ত করার সম্পূর্ণ ক্ষমতা থাকছে। এছাড়াও আমি সম্মতি এবং অনুমোদন দিচ্ছি TPA/ইনসুরেন্স কোম্পানীকে যে তারা যার জন্য এই ক্লেম করা হচ্ছে তার কাছ থেকে যেকোনো হাসপিটাল/ মেডিক্যাল প্রাক্টিশনারের প্রয়োজনীয় তথ্য/ নথি চাইতে পারে। আমি ঘোষণা করছি যে আমি এই ক্লেমের জন্য সমস্ত বিল/ রসিদ সংযুক্ত করেছি এবং (যদি থাকে) আমি প্রাক/ পরবর্তী হাসপিটাল ইজেশনের জন্য ছাড়া অন্য কোনো পরিপূরক ক্লেম করিনি।

তারিখ :

স্থান :

বীমাকৃতের স্বাক্ষর

হাসপাতাল দ্বারা করা ঘোষণা

(দয়া করে খুব যত্ন সহকারে পড়ুন)

আমরা এই মর্মে ঘোষণা করিতেছি যে এই ক্লেম ফরমে দেওয়া সমস্ত তথ্যগুলি আমাদের জ্ঞান ও বিশ্বাস মতে নির্ভুল ও সত্য। যদি আমরা কোনো মিথ্যা বা অসত্য বক্তব্য দিই, কোনো বস্তুগত বিষয়কে চেপে রাখি বা গায়েব করি, তবে আমার বিরুদ্ধে ক্লেমের ব্যয়পূরন বাজেয়াপ্ত করার সম্পূর্ণ ক্ষমতা থাকছে। আমাদের দ্বারা ক্লেম ফরম ই পূরন করার পরেই এই ফরমে বীমাকৃত ব্যক্তির স্বাক্ষর নেওয়া হয়েছে।

তারিখ :

স্থান :

হাসপাতাল কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর এবং সিল