



कोचीन शिपयार्ड लिमिटेड

COCHIN SHIPYARD LIMITED MEDICAL ASSISTANCE SCHEME

अउट पेस्यन्ट उपचार की ओर चिकित्सा प्रतिपूर्ति के लिए फार्म
FORM FOR MEDICAL REIMBURSEMENT FOR OUTPATIENT TREATMENT
(कार्यपालकों व पर्यवेक्षकों के उपयोगार्थ For use of executives & supervisors)

कर्मचारी का नाम Name of employee	पदनाम Designation	मूलवेतन Basic Pay	विभाग Department	कोड सं. Code No.

- रोगी का नाम व उम्र
Name of Patient & Age :
- कर्मचारी से संबंध
Relationship to the employee :
- निवास पता
Residential Address :
- किस स्थान पर रहते वक्त रोगग्रस्त हुआ ?
Place at which the patient fell ill :
- चिकित्सा की अवधि
Period of Treatment : From _____ से to _____ तक
- अउट पेस्यन्ट सं.
Outpatient Number :
- प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी/अस्पताल/नर्सिंगहोम
डॉक्टर का निवास/का नाम और पंजीकरण संख्या
Name & Regn. No. of AMA/Hospital/
Nursing Home/Doctor's Residence :
- रोग का नाम (डॉक्टर (प्रा. चि. अ.) द्वारा भरा जाए
Name of illness :
(To be filled in by the Doctor. (A M A))
- माँगी गई राशि
Amounts claimed :
(क) परामर्श शुल्क (A) Consultation Fee :
(यदि किसी अस्पताल के अउटपेस्यन्ट हो तो अस्पताल की मोहर लगाएं
(*Hospital seal to be affixed in case of outpatient of any hospital)

क्रम सं. Sl. No.	परामर्श की तारीख Date of Consultation	बिल संख्या और तारीख Bill No. & Date	(रकम रुपए) Amount Rs
		योग (क) TOTAL (A)	

परामर्श शुल्क की और..... रुपए (..... रुपए) प्राप्त है।
Received Rs (Rupees.....) as consultation fee

(अस्पताल की मोहर) * (Hospital Seal)

डॉक्टर (प्रा. चि. अ.) के हस्ताक्षर
Signature of Doctor (AMA)
पंजी सं. / Reg. No.

(मोहर/Seal)

(B) Medicines (Please support claim by Doctor's prescription and cash vouchers indicating name of patient and Doctor. Use additional sheets if required)

(ग) अन्य प्रभार (नुसखा और रोगी व डॉक्टर का नाम सूचित करने वाले रोकड़ वाउचर छलान करे जिसके साथ प्रत्येक टेस्ट जैसे टेस्टों की सं उपयोगित फिल्मों के साइज व सं हूर टेस्ट की दर आदि का विवरण दे। आवश्यकतानुसार अनुबन्ध लगाए।

Use annexures if required			
क्रम सं. S.No.	विवरण/Particulars	बिल सं व तिथि Bill No. & Date	रकम/Amount रु./Rs. पै./Ps.
1	एकसरे (फिल्म का साइज व) सX-Ray Size & No. of films.....		
2	इ. सी. जी./ E. C. G.....		
3	स्कान चार्ज/Scan Charges.....		
4	इन्जेक्शन चार्ज/Injection Charges.....		
5	प्रयोगशाला जाँच(जाँचों का नाम लिखो)Lab Tests (Specify name of test)		
	(a).....		
	(b).....		
	(c).....		
	(d).....		
6			
7			
8			
9			
10			
		योग (ग) TOTAL(C)	
	योग (क+ख+ग)/TOTAL (A+B+C) Rs.		

योग (क+ख+ग)/TOTAL (A+B+C) Rs.

Certified that the above claims are bonafide and in accordance with CSL Medical Assistance Scheme. Also certified that is solely dependant on me and residing with me/my family at..... Monthly income of my father/mother is Rs.....only.

कर्मचारी के हस्ताक्षर/Signature of the Employee

नाम/Name :

फोन / Phone Extn. No :

तिथि / Date:

Admitted for Rs. रुपये के लिए स्वीकृत ।

प्रमाण प्रमाणित/Controlling Officer