

ପିଏଚ୍‌ସି ନେଟ୍‌ଲାଇଫ୍ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍.

ପଞ୍ଜିକୃତ ଅଫିସ୍: ୟୁନିଟ୍ ନଂ ୭୦୧, ୭୦୨, ୭୦୩, ୭ମ ଫ୍ଲୋର, ପଶ୍ଚିମ ଉପାଙ୍ଗ, ରାହେଜା ଟାୱରସ୍, ୨୬/୨୭ ଏମ୍.ଜି.ରୋଡ୍, ବାଙ୍ଗାଲୋର, କର୍ଣ୍ଣାଟକ - ୫୬୦୦୦୧. ଭାରତର ଆଇଆର୍ଡିଏ ପଞ୍ଜିକରଣ ସଂଖ୍ୟା ୧୧୭, ସିଆର ସଂଖ୍ୟା U66010KA2001PLC028883, ଆମକୁ ଯୋଗାଯୋଗ କରନ୍ତୁ ମାଗଣା ୧-୮୦୦-୪୨୫-୬୯୬୯, ୱେବସାଇଟ୍ www.pnbmetlife.com ଇ-ମେଲ୍ ଠିକଣା indiaservice@pnbmetlife.co.in, ଆମକୁ ପତ୍ର ଲେଖନ୍ତୁ - ପ୍ରଥମ ମହଲା, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ-୧, ଟେକ୍ନିପ୍ଲେକ୍ସ କମ୍ପ୍ଲେକ୍ସ, ବିପରାଜ ସାବରକର ଫ୍ଲାଇଓଭର, ଗୋରଗାଓନ୍ (ପଶ୍ଚିମ), ମୁମ୍ବାଇ - ୪୦୦୦୬୨ | ଫୋନ୍- ୯୧-୨୨-୪୧୭୯୦୦୦୦, ଫାକ୍ସ - ୯୧-୨୨-୪୧୭୯୦୨୦୩

HOSPITAL CERTIFICATE

ଚିକିତ୍ସାକର୍ତ୍ତା ପ୍ରମାଣ ପତ୍ର

(TO BE FILLED IN BY THE ATTENDING PHYSICIAN)

(ଚିକିତ୍ସାରେ ଯୋଗଦାନ କରୁଥିବା ଚିକିତ୍ସକଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯିବ)

Patient Details:

ରୋଗୀଙ୍କର ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ:

Name of the Patient: _____
 ରୋଗୀଙ୍କ ନାମ: _____

Age: _____ (Please Tick box) Sex: Male Female
 ବୟସ: _____ (ଦୟାକରି ବାବୁଲୁ ଟିକ୍ ଚିହ୍ନ ଲଗାନ୍ତୁ) ଲିଙ୍ଗ: ପୁରୁଷ ମହିଳା

Address of the Patient: _____
 ରୋଗୀଙ୍କ ଠିକଣା: _____

Telephone No: _____
 ଟେଲିଫୋନ ନଂ: _____

Name & Address of the Physician:(As Applicable): _____
 ଚିକିତ୍ସାକର ନାମ ଓ ଠିକଣା: (ଯଦି ଉପଯୋଗ ଯୋଗ୍ୟ ହେଉଛି)

Telephone No: _____
 ଟେଲିଫୋନ ନଂ: _____

Name & Address of the Hospital: (As Applicable): _____
 ଡାକ୍ତରଖାନାର ନାମ ଓ ଠିକଣା: (ଯଦି ଉପଯୋଗ ଯୋଗ୍ୟ ହେଉଛି)

Telephone No: _____
 ଟେଲିଫୋନ ନଂ: _____

Hospital Inpatient No / MRD No: _____
 ଚିକିତ୍ସାକର୍ତ୍ତାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ହୋଇଥିବା ରୋଗୀଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା- ଏମଆରଡି ନଂ

Particulars of Complaints and Symptoms:

ଅଭିଯୋଗ ଓ ଲକ୍ଷଣର ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ

- Reason for Hospitalization: _____
 ଉଚ୍ଛି ପାଇଁ କାରଣ
- Date of first diagnosis/surgery: ____/____/____ (DD/MM/YYYY)
 ଆଡମିଶନ (ଉଚ୍ଛି)ର ତାରିଖ ଓ ସମୟ ____/____/____ (ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ)
- Date and time of admission: ____/____/____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format)
 ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଆଡମିଶନ (ଉଚ୍ଛି)ର ତାରିଖ ଓ ସମୟ (ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ) (୨୪ ଘଣ୍ଟା ଫର୍ମାଟରେ)
- Date and time of Discharge: ____/____/____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format)
 ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଡିସଚାର୍ଜର ତାରିଖ ଓ ସମୟ (ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ) (୨୪ ଘଣ୍ଟା ଫର୍ମାଟରେ)
- Exact diagnosis (es)/condition(s) : _____
 ସଠିକ୍ ନିଦାନ (ଉଚ୍ଛି)ଅବସ୍ଥା(ମାନ)
- Date of first Consultation (prior to hospitalization) ____/____/____ (DD/MM/YYYY)
 ପ୍ରଥମ ପରାମର୍ଶର ତାରିଖ (ଉଚ୍ଛି ହେବା ପୂର୍ବରୁ) (ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ)
- Was the Patient admitted to ICU? Yes No If "Yes" Please specify below details:
 କଣ ରୋଗୀ ଆଇସିୟୁରେ ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଛନ୍ତି? ହଁ ନା ଦୟାକରି ତଳେ ଥିବା ବିବରଣୀ ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ
- Date and time of Admission into ICU: ____/____/____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format)
 ଆଇସିୟୁକୁ ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଡିସଚାର୍ଜର ତାରିଖ ଓ ସମୟ (ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ) (୨୪ ଘଣ୍ଟା ଫର୍ମାଟରେ)
- Date & time of Discharge from ICU: ____/____/____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format)
 ଆଇସିୟୁ ଡିସଚାର୍ଜର ତାରିଖ ଓ ସମୟ (ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ) (୨୪ ଘଣ୍ଟା ଫର୍ମାଟରେ)
- A) With what complaints was the patient admitted for? _____
 କେଉଁ ରୋଗରେ ରୋଗୀ ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଥିଲେ?
 B) Since when was the patient suffering from the said complaint? _____
 କେବେ ଠାରୁ ରୋଗୀ କଥିତ ରୋଗରେ ପୀଡ଼ିତ ହୋଇଛନ୍ତି?
- Please give previous medical history of the patient: _____
 ପୂର୍ବରୁ ରୋଗୀଙ୍କର ପୂର୍ବ ଚିକିତ୍ସା ଇତିହାସ ବିଅନୁ
- Is the ailment a complication of pre-existing disease or condition? If 'Yes' please give details. _____
 ପୂର୍ବରୁ ରହିଥିବା ରୋଗ କିମ୍ବା ଶାରୀରିକ ଉପସ୍ଥିତ ରୋଗରୁ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ରୂପେ କିଛି କି? ଯଦି "ହଁ" ଦୟାକରି ସବିଶେଷ ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ
- Is the present ailment attributable to the influence of alcohol or intoxicating drugs? _____
 ମଦ୍ୟ ଓ ନିଶାଦ୍ରବ୍ୟର ନିଶାଦ୍ରବ୍ୟ ପ୍ରଭାବ କଣ ବର୍ତ୍ତମାନ ରୋଗର କାରଣ ବୋଲି ଧରାଯାଇଛି?
- Exact cause of Illness: (if others Please specify) _____
 ରୋଗର ଠିକ୍ କାରଣ(ଯଦି ଅନ୍ୟ କିଛି ଥାଏ, ଦୟାକରି ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ)
 Congenital Accidental Pre-existing Disability Others : _____
 ଜନ୍ମଗତ ଦୁର୍ଘଟଣାକ୍ରମିତ ପୂର୍ବରୁ ଥିଲା ବିକଳାଙ୍ଗତା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ:
- ICD 10 Code: _____ Details of Procedure/s done: _____
 ଆଇସିଡି ୧୦ କୋଡ୍: କରାଯାଇଥିବା ପ୍ରକ୍ରିୟା ପ୍ରକ୍ରିୟାର ବାବରଣ
- Additional Remarks by Attending physician/ Surgeon: _____
 ଚିକିତ୍ସାକରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଚିକିତ୍ସାକର୍ତ୍ତାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଅତିରିକ୍ତ ମନ୍ତବ୍ୟ
- Nature of identity proof submitted by patient: _____
 ରୋଗୀ ଦ୍ୱାରା ଜମା କରାଯାଇଥିବା ପ୍ରାମାଣିକ ପରିଚୟ ପ୍ରମାଣ:

HOSPITAL CERTIFICATE

ଡିଜିଟାଲ୍ ପ୍ରମାଣ ପତ୍ର

16.

Sr. no କ୍ରମିକ ସଂଖ୍ୟା	Hospital Details ଡିଜିଟାଲ୍ ବିବରଣ	To be filled by Physician/Hospital ଡିଜିଟାଲ୍/ ଡିଜିଟାଲ୍ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯିବ
a.	Hospital Registration number ଡିଜିଟାଲ୍ ପଞ୍ଜୀକରଣ ନମ୍ବର	
b.	No. of inpatient beds in the hospital (including ICU) ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଥିବା ଭର୍ତ୍ତି ଥିବା ରୋଗୀଙ୍କ ଖଣ୍ଡ ସଂଖ୍ୟା	
c.	No. of fully equipped operation theatres in the hospital ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ସଜ୍ଜିତ ଅପରେସନ ଥିଏଟର ସଂଖ୍ୟା	
d.	No. of qualified nurses in the Hospital ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଥିବା ଯୋଗ୍ୟ ସେବିକା (ନର୍ସ) ର ସଂଖ୍ୟା*	
e.	No. of fully qualified doctors the hospital have round the clock ଡିଜିଟାଲ୍ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଡାକ୍ତର ଖାନାରେ ରହିଥିବା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବରେ ଯୋଗ୍ୟ ଡାକ୍ତରଙ୍କର ସଂଖ୍ୟା	

17. Details of Doctor's / Surgeons treated or advised the patient.

ରୋଗୀଙ୍କୁ ଡିଜିଟାଲ୍ ଡିମା ପରାମର୍ଶ ଦେଇଥିବା ଡାକ୍ତର/ ସର୍ଜନଙ୍କର ସବିଶେଷ ବିବରଣ

Name of the Doctor / Surgeon ଡାକ୍ତର/ ସର୍ଜନଙ୍କର ନାମ	Contact Details ଯୋଗାଯୋଗ ବିବରଣ

Declaration:

ଘୋଷଣା

By The Hospital

ଡିଜିଟାଲ୍ ଦ୍ୱାରା

We hereby declare that the information furnished in this Claim Form is true & correct to the best of our knowledge and belief. We hereby authenticate the identity of the above person who underwent treatment at this hospital.

ଆମେମାନେ ଏହାଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଛୁ ଯେ ଆମର ଜ୍ଞାନ ଓ ବିଶ୍ୱାସରେ ଏହି ବାବଦ ପତ୍ରରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ତଥ୍ୟ ସତ୍ୟ ଏବଂ ସଠିକ୍ ଅଟେ। ସେଥିପାଇଁ ଏହି ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଡିଜିଟାଲ୍ ପ୍ରକ୍ରିୟା ଯାଇଥିବା ଉପରୋକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ପରିଚୟ ପ୍ରମାଣିତ କରୁଛୁ।

Doctor's name & Qualification: _____
ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ ଏବଂ ଶିକ୍ଷାଗତ ଯୋଗ୍ୟତା

Doctor's Signature: _____ Date: _____
ଡାକ୍ତରଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର: _____ ତାରିଖ

Address & Seal: _____
ଠିକଣା ଏବଂ ମୋହର:

(To be attested with Hospital Seal)

(ଡିଜିଟାଲ୍ ମୋହରରେ ଆବେଷ୍ଟିତ କରାଯିବ)

Note: All the questions are mandatory.

ନୋଟ: ସବୁ ପ୍ରଶ୍ନ ଗୁଡିକ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଅଟେ