



MEDICAL INFORMATION SHEET

To be filled by the patient / relatives.

- This is an important information for
 - i] Sending cashless hospitalisation request form to the concerned insurance company.
 - ii] Medical record of the hospital.
- Name of the patient : _____ ■ Age : _____ ■ Sex : _____
- Past history compulsory with duration. Tick ✓ for the appropriate.
- Please note that if ✓ marked in the "Yes" column, it is mandatory to complete the column marked 'Duration'.

Hypertension	Yes	No	Duration
Diabetes Mellitus	Yes	No	Duration
Heart Disease	Yes	No	Duration
Respiratory Disease	Yes	No	Duration
Any other Disease	Yes	No	Duration
Please specify			Duration

- Duration of the current ailment :
- If accident case :
 - i) First information report (F. I. R.) Yes No
 - ii) Alcohol / Drug influence Yes No
- Class of Accommodation : General / Semi Pvt. / Private / Deluxe / Suite

For Mediclaim Policy Holder :

I am aware that initial approval given by the TPA is purely based on primary information declared by me or my relatives. I am aware that it is likely that the actual claim may be rejected by the TPA after submission of claim form by the hospital (for the reason as will be informed by them at the time of rejection). In some cases TPA declares inability to pay the sanctioned amount due to various causes. Under such circumstances, I agree to pay the bill if not paid by the TPA.

Name of the Informer / Patient :

Phone No. :

Relation with the Patient :

Signature :

Date : _____ Time : _____

Note : Amount requested to insurance company is absolutely provisional & not a final bill.



एम.एम.एफ. हॉस्पिटल्स असोसिएशन
रत्ना मेमोरियल हॉस्पिटल
९६८, सेनापती बापट रोड, पुणे - ४११ ०५३.



Patient's Sticker

वैद्यकीय माहितीपत्रक

रुग्ण अथवा त्याच्या नातेवाईकांनी भरण्यासाठी

या माहितीचा उपयोग खालील कारणांसाठी महत्त्वाचा आहे.

- रुग्णांची माहिती प्राथमिक मंजूरीसाठी (Cashless Approval) इन्शुरन्स कंपनीकडे पाठविण्यासाठी
- रुग्णाची वैद्यकीय पूर्वपिठीका (मेडिकल रेकॉर्ड) संचितीसाठी

रुग्णाचे नांव : _____ वय : _____ लिंग : _____

खालील आजार जर असतील तर किती दिवसांपासून आहेत, त्याचा कालावधी अचूक भरा 'होय' या रकान्यामध्ये ✓ अशी खूण केल्यास 'कालावधी' हा रकाना भरणे आवश्यक आहे.

रक्तदाब	होय	नाही	कालावधी
मधुमेह	होय	नाही	कालावधी
हृदयरोग	होय	नाही	कालावधी
श्वसनरोग	होय	नाही	कालावधी
इतर आजार	होय	नाही	कालावधी
तपशील			कालावधी

रुग्णाचा सध्याचा आजार आणि कालावधी :

- अपघात झाला असल्यास : १) प्राथमिक अहवाल (एफ. आय. आर.) होय नाही
२) मद्य वा अंमली पदार्थ प्रभाव होय नाही

रुग्णालयात भरती होण्यासाठी कोणता कक्ष पाहिजे : जनरल / सेमी प्रायव्हेट / प्रायव्हेट / डिलक्स

मेडिकलेम पॉलिसीधारकांसाठी :

विमा / टी. पी. ए. कंपनीने सुरुवातीला रक्कम मंजूर करणे न करणे हे मी व माझ्या नातेवाईकांनी दिलेल्या माहितीवर अवलंबून असते याची मला / आम्हाला कल्पना आहे. रुग्णालयाने सदरहू रुग्णाचे प्रत्यक्ष देयक विमा / टी. पी. ए. कंपनीस सादर केल्यानंतर हे देयक नामंजूर होण्याची शक्यता असते, याची मला / आम्हाला कल्पना आहे. अशा परिस्थितीत हे देयक रुग्णालयास अदा करण्याची मी / आम्ही हमी देतो.

रुग्ण / माहिती देणाऱ्याचे नांव :

फोन नं. :

रुग्णाशी नाते :

स्वाक्षरी :

दिनांक : _____ वेळ : _____

सूचना : विमा कंपनीकडे मागण्यात आलेली अंतरिम रक्कम, हा खर्चाचा अंदाज आहे व ते अंतिम देयक नाही.