



दावे के लिए प्रस्तुत दस्तावेज – जाँच सूची

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> दावा प्रपत्र विधिवत् हस्ताक्षरित | <input type="checkbox"/> शल्य चिकित्सा कक्ष की टिप्पणियाँ |
| <input type="checkbox"/> दावे की सूचना की प्रतिलिपि | <input type="checkbox"/> ECG |
| <input type="checkbox"/> अस्पताल का मुख्य बिल | <input type="checkbox"/> जांच के लिए डॉक्टर के अनुरोध |
| <input type="checkbox"/> अस्पताल का विश्लेषित विवरण बिल | <input type="checkbox"/> जांच रिपोर्ट (CT / MRI/ USG / HPEZ सहित) |
| <input type="checkbox"/> अस्पताल के बिल के भुगतान की रसीद | <input type="checkbox"/> अन्य |
| <input type="checkbox"/> अस्पताल से छुट्टी का संक्षिप्त विवरण | |
| <input type="checkbox"/> औषधालय के बिल | |

संलग्न बिलों का विवरण

क्रम संख्या	बिल संख्या	दिनांक	जारीकर्ता	के प्रति	राशि (रु.)
1.		d d m m y y		अस्पताल का मुख्य बिल	
2.		d d m m y y		अस्पताल में दाखिले के पूर्व : _संख्याएँ	
3.		d d m m y y		अस्पताल में दाखिले के पूर्व : _संख्याएँ	
4.		d d m m y y		औषधालय के बिल	
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			

मुख्य बीमित व्यक्ति के खाते का विवरण

अ) पैन ब) खाता संख्या :

स) बैंक का नाम और शाखा :

द) देय चेक/डीडी का विवरण : इ) IFSC कोड :

बीमित व्यक्ति के द्वारा घोषण पत्र

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस दावा प्रपत्र में वर्णित जानकारी मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य तथा सही है। यदि मैंने कोई झूठा अथवा असत्य बयान दिया हो किसी महात्त्वपूर्ण तथ्य को छुपाया अथवा लोपित किया हो तो मेरा दावा की प्रतिपूर्ति करने का अधिकार समपहृत हो जाएगा। मैं टीपीए/बीमा कंपनी को अनुज्ञा तथा सहमति देता/देती हूँ, ऐसे किसी भी अस्पताल/चिकित्सक से आवश्यक चिकित्सा जानकारी/दस्तावेजों की माँग करने की जिनके द्वारा उस व्यक्ति का जिनके खिलाफ यह दावा किया गया है, का इलाज किया है। मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने इस दावे के सोदेश्य समस्त बिलों/रसीदों को सम्मिलित कर लिया है तथा यह कि मैं अस्पताल में दाखिले के पूर्व/उपरांत के दावे को छोड़कर अन्य किसी भी अनुपूरक दावे को नहीं करूंगा/करूगी।

दिनांक :

स्थान :

बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर



दावा प्रपत्र - भाग ब

अस्पताल के द्वारा भरा जाना चाहिये

इस प्रपत्र के जारी किये जाने को दायित्व की स्वीकृति नहीं माना जाना चाहिए
कृपया भाग अ के स्थान में मूल पूर्वअनुज्ञप्ति अनुरोध पत्र को सम्मिलित करें

(बड़े अक्षरों में भरा जाना चाहिए)

अस्पताल का विवरण

अ) अस्पताल का नाम :

ब) अस्पताल ID: स) अस्पताल का प्रकार: नेटवर्क गैर-नेटवर्क (यदि गैर-नेटवर्क है तो अनुभाग च)

द) उपचार करने वाले चिकित्सक का नाम : 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

इ) योग्यता : क) पंजीकरण संख्या राज्य के कोड के साथ:

च) दूरभाष संख्या :

अस्पताल में दाखिल हुए रोगी का विवरण

अ) रोगी का नाम : 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

ब) IP पंजीकरण संख्या : c) लिंग: पुरुष महिला द) आयु: वर्ष महीने

इ) जन्म तिथि : d d m m y y क) दाखिले की तिथि : d d m m y y च) समय: h h m m

प) छुट्टी की तारीख : d d m m y y ष) समय: h h m m प) दाखिले के प्रकार आकस्मिक नियोजित डे केयर प्रसूति

म) यदि प्रसूति है : ल) प्रसव तारीख : d d m m y y ii. अवस्था का दर्ज :

य) छुट्टी के समय स्थिति : घर जाने के लिए छुट्टी अन्य अस्पताल में दाखिले के लिए छुट्टी मृत्यु

रोग निरूपण (मुख्य) का विवरण

अ)	ICD 10 कोड	विवरण	ब)	ICD 10 कोड	विवरण
i) मुख्य रोग-निदान :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	i) पद्धति 1 रू :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ii) अतिरिक्त रोग-निदान :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ii) पद्धति 2 रू :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
iii) सह-रुग्णताएँ :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	iii) पद्धति 3 रू :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
iv) सह-रुग्णताएँ :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	iv) पद्धति की विस्तृत सूचना:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

स) क्या मौजूदा रोग पीईडी की एक जटिलता है? हां नहीं I) (यदि हाँ, तो विवरण दें) : _____

द) पूर्व-अनुज्ञप्ति प्राप्त की गई : हां नहीं इ) पूर्व-अनुज्ञप्ति क्रमांक :

क) यदि अनुज्ञप्ति नेटवर्क में सम्मिलित अस्पताल से प्राप्त नहीं की गई, तो ऐसा करने का कारण दें :

च) आकस्मिक अभिघात की वजह से अस्पताल में दाखिला : हां नहीं प) (यदि हाँ, तो कारण दें) स्वतःकारित सड़क यातायात दुर्घटना I) मादक द्रव्यों का सेवन/शराब का सेवन

प) यदि आकस्मिक अभिघात मादक द्रव्यों के सेवन/शराब के सेवन के कारण कारित हुआ है, तो इसे स्थापित करने के लिए की गई जाँच : हां नहीं (यदि हां तो रिपोर्ट संलग्न करें)

iii) क्या चिकित्सा-विधिक मामला है? : हां नहीं

v) प्राथमिकी संख्या : vi) यदि पुलिस को सूचित नहीं किया गया हो तो उसका कारण दें : _____

दावे के लिए प्रस्तुत दस्तावेज - जाँच सूची

<input type="checkbox"/> विधिवत हस्ताक्षरित दावा प्रपत्र	<input type="checkbox"/> अन्वेषण की रिपोर्ट
<input type="checkbox"/> मूल पूर्व-अनुज्ञप्ति अनुरोध	<input type="checkbox"/> सीटी/एमआर/युएसजी/एचपीई अन्वेषण की रिपोर्ट
<input type="checkbox"/> पूर्व-अनुज्ञप्ति स्वीकृति पत्र की प्रतिलिपि	<input type="checkbox"/> अन्वेषण हेतु डॉक्टर की निर्देश पर्ची
<input type="checkbox"/> रोगी के फोटो पहचान पत्र की अस्पताल द्वारा सत्यापित की गई प्रतिलिपि	<input type="checkbox"/> ईसीजी
<input type="checkbox"/> अस्पताल से छुट्टी का संक्षिप्त विवरण	<input type="checkbox"/> औषधालय के बिल
<input type="checkbox"/> ऑपरेशन कक्ष में दर्ज किए नोट	<input type="checkbox"/> एमएलसी रिपोर्ट और पुलिस प्राथमिकी
<input type="checkbox"/> अस्पताल का मुख्य बिल	<input type="checkbox"/> अस्पताल से प्राप्त मृत्यु के संक्षिप्त विवरण की मूल प्रति, जहां लागू हा
<input type="checkbox"/> अस्पताल के बिल का विश्लेषित विवरण	<input type="checkbox"/> यदि कोई अन्य हो तो, कृपया स्पष्ट करें



गैर-नेटवर्क अस्पताल के होने की स्थिति में विवरण

अ) अस्पताल का पता :

शहर : राज्य :

पिन कोड : ब) दूरभाष संख्या : स) पंजीकरण क्रमांक :

द) पैम इ) भर्ती-रोगी बिस्तरों की संख्या : क) अस्पताल में उपलब्ध सुविधाएँ : i) आपरेशन कक्ष : हाँ नहीं ii) ICU : हाँ नहीं

iii) अन्य :

बीमित व्यक्ति के द्वारा घोषण पत्र

(कृपया पूरी सावधानी से पढ़ें)

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस दावा प्रपत्र में वर्णित जानकारी मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य तथा सही है। यदि मैंने कोई झूठा अथवा असत्य बयान दिया है, किसी महात्त्वपूर्ण तथ्य को छुपाया अथवा लोपित किया है, तो मेरा दावा की प्रतिपूर्ति करने का अधिकार समपहृत हो जाएगा। मैं टीपीए/बीमा कंपनी को अनुज्ञा तथा सहमति देता/देती हूँ, ऐसे किसी भी अस्पताल/चिकित्सक से आवश्यक चिकित्सा जानकारी/दस्तावेजों की माँग करने की जिनके द्वारा उस व्यक्ति का जिनके खिलाफ यह दावा किया गया है का इलाज किया है। मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने इस दावे के सोद्देश्य समस्त बिलों/रसीदों को सम्मिलित कर लिया है तथा यह कि मैं अस्पताल में दाखिले के पूर्व/उपरांत के दावे को छोड़कर अन्य किसी भी अनुपूरक दावे को नहीं करूंगा/करूंगी।

दिनांक :

स्थान :

बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर

अस्पताल के द्वारा दिया गया घोषण पत्र

(कृपया पूरी सावधानी से पढ़ें)

हम एतद्वारा घोषणा करते हैं कि इस दावा प्रपत्र में वर्णित जानकारी हमारे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य तथा सही है। यदि हमने कोई झूठा अथवा असत्य बयान दिया है, किसी महात्त्वपूर्ण तथ्य को छुपाया अथवा लोपित किया है, तो हमारा दावे की प्रतिपूर्ति करने का अधिकार समपहृत हो जाएगा। दावा प्रपत्र ब के हमारे द्वारा पूरी तरह से भरे जाने के उपरांत ही बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर इस फार्म पर कराए गए हैं।

दिनांक :

स्थान :

अस्पताल प्राधिकारी के हस्ताक्षर तथा सील