



दिल्ली विकास प्राधिकरण
अस्पताल में भर्ती होने के दौरान होने वाले खर्च का दावा करने के लिए
(मृत्यु या दस्तावेजों की हानि के अलावा सामान्य मामलों में)

भाग- अ (सूचनात्मक)

1. मेडिकल कार्ड नंबर _____
2. पदनाम _____
3. कर्मचारी / पेंशनर / अनुभाग का नाम _____
4. अस्पताल का नाम _____
- क) पैनल या पंजीकृत _____
- ख) दावा की गई राशि। _____
5. प्रवेश के समय वेतन _____ मूल वेतन: _____ ग्रेड वेतन: _____
- 5 (ए) यदि आवश्यक हो तो निर्भरता प्रमाण पत्र _____
- 6 बैंक का नाम तथा आई.एफ.एस. कोड _____
7. बैंक खाता संख्या _____
8. दावा पत्रों की पृष्ठ संख्या _____ 1 से _____
- 9 क्या कोई मेडिकल एडवांस का भुगतान लिया गया है? _____ हां / नहीं
- 10 उपचार की अवधि _____ से _____ तक

भाग-ब (सीरियल नंबर वार संलग्न किए जाने वाले अनिवार्य दस्तावेज़)

ब -1 (सूचीबद्ध/Empaneled अस्पतालों के मामले में)

1. डिस्चार्ज सारांश की प्रति
2. सभी मूल नकद रसीदें
3. मूल बिल
4. विस्तृत बिल (बिल का ब्रेक अप)
5. मेडिकल कार्ड की कॉपी
6. नियमित कर्मचारियों के लिए वेतन पर्ची की प्रति।
7. भुगतान किए गए चिकित्सा योगदान की प्रति (पेंशनर जिन्होंने 10 वर्ष के अंशदान का भुगतान नहीं किया है।)
8. अस्पताल के बैंक-खाते का विवरण (चिकित्सा अग्रिम के मामले में)

ब -2 (पंजीकृत अस्पताल के मामले में अतिरिक्त)

1. चिकित्सक की पर्ची
2. दवाइयाँ/टेस्ट आदि के मूल बिल (केवल इनडोर उपचार के दौरान अस्पताल द्वारा निर्धारित)
- 3 अस्पताल के पंजीकरण प्रमाण पत्र की प्रति
4. आपातकालीन प्रमाणपत्र (यदि आवश्यक हो)

ध्यान दें:

- कार्डियक धमनी / संवहनी स्टेंटिंग और मोतियाबिंद सर्जरी के मामलों में क्रमशः स्टेंट की थैली और लेंस का स्टीकर संलग्न किया जाएगा।
- घुटने के प्रतिस्थापन के मामले में अस्पताल द्वारा जारी प्रमाण पत्र का उत्पादन किया जाएगा।
- सूचीबद्ध/Empaneled अस्पतालों में भर्ती होने के समय डीडीए के कर्मचारी / पेंशनर द्वारा उसकी पहचान का खुलासा किया गया था?
(हाँ / नहीं)

उपक्रम

मैं उपक्रम करता हूँ कि दावा की गई राशि से अधिक / अप्राप्य राशि पाए जाने पर, यदि कोई हो, तो निश्चित रूप से मैं अपनी पेंशन / अन्य देय राशि / भविष्य के भुगतानों राशि से वापस करूँगा।

(दावेदार के हस्ताक्षर)

नाम, पता और फ़ोन नंबर: _____



सहमति पत्र

1. कर्मचारी / पेंशनर / अनुभाग का नाम। _____
2. पदनाम _____
3. मेडिकल कार्ड नंबर _____
4. अस्पताल का नाम _____
- क) पैनेल या पंजीकृत _____
- ख) दावा की गई राशि _____
5. उपचार की अवधि _____ से _____

मैं अपने सभी चिकित्सा उपचार रिकॉर्ड जिसमें नुस्खे / लैब रिकॉर्ड / दवा खरीद / अन्य आवश्यक विवरण शामिल हैं, तक पहुंचने के लिए के लिए DDA / प्राधिकरण के TPA / DDA द्वारा किसी भी अन्य प्रतिनिधि के पक्ष में सहमति देता हूं।

(दावेदार का हस्ताक्षर)

नाम _____

पता _____

फ़ोन-नंबर _____