

एनएचपीसी सेवानिवृत्ति कर्मचारी स्वास्थ्य योजना

चिकित्सा व्ययों की प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन (अंतरंग (इंडोर) उपचार के मामले में)

1. सेवानिवृत्त / मृतक कर्मचारी का नाम :
2. कर्मचारी संख्या :
3. सेवानिवृत्ति / मृत्यु की तारीख :
4. सेवानिवृत्ति / मृत्यु के समय पदनाम :
5. सेवानिवृत्ति / मृत्यु की तारीख को वेतनमान ग्रेड सहित मूल वेतन :
6. किस विभाग / कार्यालय से सेवानिवृत्त हुए :
7. विभाग / कार्यालय जहां इस योजना के अंतर्गत चिकित्सा लाभ हेतु पंजीकृत :
8. पता :
9. चिकित्सा कार्ड पंजीकरण सं. :
10. रोगी का नाम :
11. स्थान जहाँ रोगी बीमार हुआ है :
12. यदि उपचार निवास स्थान के अतिरिक्त किसी अन्य स्थान पर लिया गया हो तो कारण स्पष्ट करें :
13. अस्पताल का नाम जहाँ उपचार करवाया हो अथवा परामर्श लिए गए एएमए का नाम :
14. कुल दावा राशि :

दावा की गई कुल राशि		दावा की गई राशि	स्वीकार की गई राशि
i.	कमरा प्रभार : (भोजन प्रभारों के अतिरिक्त)	:	
ii.	सर्जिकल आपरेशन / चिकित्सा उपचार	:	
iii.	पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल अथवा अन्य जाँच (पूर्ण ब्यौरे सहित)	:	
iv.	बाजार से खरीदी गई दवाओं तथा इंजेक्शनों की कीमत जिसके कैश मीमो तथा रसीद हों।	:	
v.	अन्य कोई प्रभार (ब्यौरे तथा प्रमाण संलग्न करें)	:	
कुल		:	

दावाकर्ता द्वारा घोषणा

मैं एतद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि -

- i. दावे में दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं।
- ii. मैं एनएचपीसी सेवानिवृत्त कर्मचारी स्वास्थ्य योजना का सदस्य हूँ।
- iii. मैं इस योजना के अंतर्गत चिकित्सा लाभों का प्राप्त करने हेतु पात्रता की शर्तों को पूरा करता रहूंगा।
- iv. किए गए चिकित्सा व्यय स्वयं / पति/पत्नी (मृतक कर्मचारी के मामले में) पर किए गए थे
- v. यह कि बच्चों (मृतक कर्मचारी के मामले में) नियोजित नहीं है। सभी स्रोतों से उनकी आय 6000/- रूपए से अधिक नहीं है, और पुत्र के मामले में 25 वर्ष की आयु, अविवाहित पुत्री के मामले में 30 वर्ष की आयु प्राप्त नहीं की है। बच्चा / बचचें जिसका या जिसके नामहै, शारीरिक दिव्यांग / मानसिक दिव्यांग है।
- vi. यह कि नियम 10.4.1 से 10.4.6 में सूचीबद्ध रोगों के संबंध में कोई दावा नहीं किया गया है।
- vii. मैं यह पूर्णतः समझता हूँ कि निगम किसी भी समय मुझे बिना सूचना दिए और बिना कोई कारण बताए योजना से मेरी सदस्यता को अस्वीकार / समाप्त कर सकता है।

प्रमाणित किया जाता है कि मैं अन्यत्र कहीं पर पूर्णकालिक आधार पर पुनर्नियोजित नहीं हूँ और मैं अपने पति/पत्नी अथवा अपने बच्चे के आश्रित के तौर पर उनके रोजगार के परिणामस्वरूप कोई चिकित्सा कवर नहीं ले रहा हूँ।

दिनांक.....

दावाकर्ता के हस्ताक्षर.....

मैं, डॉ..... अस्पताल यह पुष्टि करता हूँ कि रोगी द्वारा निम्नलिखित के कारण उपचार पर कोई व्यय का दावा नहीं किया जा रहा है;

यौन रोग, मानसिक रोग का उपचार, जानबुझकर की गई अपने को चोट, मद्यसेवन अथवा नशीली दवाओं या मद्य का प्रयोग अथवा कोई चोट, रोग अथवा बीमारी जो प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से इनमें से किसी एक अथवा अधिक कारण से होती है।

- i. जन्मजात दोष / रोग का उपचार यदि वे उपचार योग्य है तो, को उक्त बिल में कवर नहीं किया गया है।
- ii. रजोनिवृत्ति से संबंधित उपचार पर व्यय को उक्त बिल में कवर नहीं किया गया है।
- iii. विशेष नर्सिंग उपचर्या पर व्यय को उक्त बिल में कवर नहीं किया गया है।
- iv. कॉस्मेटिक सर्जरी पर किए गए व्यय को उक्त बिल में कवर नहीं किया गया है।

श्री/श्रीमती.....जिन्होंने उपचार (रोगी) लिया है, की पहचान एनएचपीसी के चिकित्सा कार्ड सं.....से प्रमाणित की गई और उनके हस्ताक्षर प्रमाणित किए जाते हैं।

अस्पताल के रोगी प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता की मोहर सहित हस्ताक्षर

कार्यालय प्रयोग हेतु

.....रुपए हेतु स्वीकार किया गया.....हेतु पास किया गया

चैक सं.....द्वारारुपए हेतु भुगतान किया गया

हस्ताक्षर

