

UNIVERSITY OF DELHI
दिल्ली विश्वविद्यालय
WUS HEALTH CENTRE (WUSHC)
डब्ल्यू यू एस स्वास्थ्य केंद्र

Medical 2004 Form For Reimbursement of Medical Claim

मेडिकल दावे की प्रतिपूर्ति के लिए मेडिकल 2004 फॉर्म

Retirement Medical Form

सेवानिवृत्ति चिकित्सा प्रपत्र

COMPUTER NO

कंप्यूटर नंबर

(To be filled by the claimant)

(दावेदार द्वारा भरा जाना है)

1. WUS Health Centres Card No.

डब्ल्यू यू एस स्वास्थ्य केंद्र कार्ड नंबर

2. Validity of WUS Health Centres Card. From _____ to _____
& entitlement. Private/Semi Private/ General

डब्ल्यू यू एस स्वास्थ्य केंद्र कार्ड की वैधता। से _____ को _____
और अधिकार। निजी/अर्द्ध निजी/सामान्य

3. Full name of the card holder (Block Letters)

कार्ड धारक का पूरा नाम (बड़े अक्षरों में)

4. Full address _____
पूरा पता _____

5. Telephone no. _____ (O) _____ (R)
टेलीफोन नंबर _____ (ओ) _____ (र)

6. E-mail address, if any _____
ई-मेल पता, यदि कोई हो _____

7. Name of the Bank _____ Branch. _____ SBI A/C _____
बैंक का नाम _____ शाखा _____ स्टेट बैंक ऑफ इंडिया खाता _____

8. Name of the patient & relationship with the card holder _____
रोगी का नाम और कार्ड धारक के साथ संबंध _____

9. Status tick () University Employee / Legal Heir / Others
स्टेटस टिक () विश्वविद्यालय कर्मचारी / कानूनी वारिस / अन्य

10. Basic Pay/Basic Pension.
मूल वेतन/मूल पेंशन

11. Name of the Hospital with Address.

a) OPD Treatment & Investigation.

b) Indoor Treatment.

पते के साथ अस्पताल का नाम

a) ओ पी डी उपचार और जांच

b) आंतरिक उपचार

12. Date of admission Date of discharge (In case of Indoor Treatment only)

प्रवेश की तिथि

मुक्ति की तारीख

(केवल आंतरिक उपचार के मामले में)

13. Total amount Claimed

(a) OPD treatment and Investigations _____

(b) Indoor Treatment _____

दावा की गई कुल राशि

(a) ओ पी डी उपचार और जांच _____

(b) आंतरिक उपचार _____

14. Details of Referral _____

Details of Medicals advance if, any _____

रेफरल का विवरण _____

चिकित्सा अग्रिम का विवरण, यदि कोई हो _____

DECLARATION

I hereby declare that the statements made in the application are true to the best of my knowledge and belief and the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent on me. I am WUS Health Centres beneficiary and the WUS Health Centres card was valid at the time of treatment agree for the reimbursement as is admissible under the rules.

Date: _____ Signature of WUS Health Centres Card

Holder/Employee

Note: Misuse of WUS Health Centres facilities is a criminal offence. Suitable action including cancellation of WUS Health Centres card shall be taken in case of willful suppression of facts or submission of false statements Suitable disciplinary action shall be taken in case of serving employee.

घोषणा

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन में दिए गए कथन मेरे सर्वोत्तम के लिए सही हैं ज्ञान और विश्वास और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किए गए थे, वह पूरी तरह से है मुझ पर निर्भर। मैं डब्ल्यू यू एस स्वास्थ्य केंद्र लाभार्थी हूँ और डब्ल्यू यू एस स्वास्थ्य केंद्र कार्ड था उपचार के समय मान्य नियमों के तहत स्वीकार्य प्रतिपूर्ति के लिए सहमत हूँ।

दिनांक: _____

डब्ल्यू यू एस स्वास्थ्य केंद्र कार्ड के हस्ताक्षर

धारक/कर्मचारी

नोट :- डब्ल्यू यू एस स्वास्थ्य केंद्रों की सुविधाओं का दुरुपयोग एक आपराधिक अपराध है। उपयुक्त कार्रवाई सहित जाबूझकर तथ्यों को छिपाने के मामले में डब्ल्यू यू एस स्वास्थ्य केंद्र कार्ड रद्द किया जाएगा या झूठे बयान प्रस्तुत करना सेवा करने के मामले में उपयुक्त अनुशासनात्मक कार्रवाई की जाएगी कर्मचारी।



UNIVERSITY OF DELHI
दिल्ली विश्वविद्यालय
WUS HEALTH CENTRE (WUSHC)
डब्ल्यू यू एस स्वास्थ्य केंद्र

MODIFIED CHECK LIST FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL CLAIMS

चिकित्सा दावों की प्रतिपूर्ति के लिए संशोधित जांच सूची

1. WUS Health Centers Card No. _____
डब्ल्यू यू एस स्वास्थ्य केंद्र कार्ड नंबर _____
2. Validity of WUS Health Centers Card. (For pensioners) from _____ to _____ &
Entitlement Private / Semi Private/ General

डब्ल्यू यू एस स्वास्थ्य केंद्र कार्ड की वैधता। (पेंशनभोगियों के लिए) _____ से
_____ और पात्रता निजी / अर्ध निजी / सामान्य

3. Full name of Card Holder (Block Letters) _____
कार्ड धारक का पूरा नाम (बड़े अक्षरों में) _____

4. Status (College/University Employee/Pensioner/Temporary/ Permanent
स्थिति (कॉलेज/विश्वविद्यालय कर्मचारी/पेंशनभोगी/अस्थायी/स्थायी)

5. The following documents are submitted (Please tick () the relevant column)
निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किए जाते हैं (कृपया संबंधित कॉलम () पर टिक करें)

- (a) Medical 2004 Form/ मेडिकल 2004 फॉर्म YES / NO हाँ /नहीं
- (b) Photocopy of WUSHC card/ डब्ल्यू यू एस एच यू कार्ड की फोटोकॉपी YES / NO हाँ /नहीं
- (c) No. of Original Bills/ मूल बिलों की संख्या _____
- (d) Copy of discharge summary/ डिस्चार्ज सारांश की प्रति YES / NO हाँ /नहीं
- (e) Copy of referral by Specialist /CMO/
विशेषज्ञ / सीएमओ द्वारा रेफरल की प्रति YES / NO हाँ /नहीं
- (f) Whether the hospital has given breakup to lab investigation
क्या अस्पताल ने लैब जांच को ब्रेकअप दिया है हाँ /नहीं YES / NO
- (g) Original papers have been lost the following document are
मूल कागजात खो गए हैं निम्नलिखित दस्तावेज हैं: YES / NO हाँ /नहीं
- Submitted./ प्रस्तुत**
- I) Photocopies of claim papers/ दावा पत्रों की फोटोकॉपी YES / NO हाँ /नहीं
- II) Affidavit on Stamp Paper/ स्टाम्प पेपर पर शपथ पत्र YES / NO हाँ /नहीं
- (h) In case of death of card holder the following documents are submitted
कार्ड धारक की मृत्यु के मामले में निम्नलिखित दस्तावेज जमा किए जाते हैं:
- I. Affidavit on Stamp paper by Claimant/
दावेदार द्वारा स्टाम्प पेपर पर शपथ पत्र YES / NO हाँ /नहीं
- II. No objection from other legal Heirs on Stamp papers
स्टाम्प पेपर पर अन्य कानूनी वारिसों से कोई आपत्ति नहीं हाँ /नहीं YES / NO
- III. Copy of death certificate/ मृत्यु प्रमाण पत्र की प्रति YES / NO हाँ /नहीं

Dated/ दिनांक: _____ Signature of WUS Health Centers Cardholder/Employee

डब्ल्यू यू एस स्वास्थ्य केंद्रों के हस्ताक्षर कार्डधारक/कर्मचारी

Telephone no. _____ (O) _____ (R)

टेलीफोन नंबर _____ (ओ) _____ (र)

Name of the Bank _____ Branch. _____ SBI A/C _____

बैंक का नाम _____ शाखा _____ स्टेट बैंक ऑफ इंडिया खाता _____

Branch MICR Code _____ Tel. No. of Bank Branch _____

शाखा एम आई सी आर कोड _____ दूरभाष. बैंक शाखा की संख्या _____