

आम्हाला येथे संपर्क करा : 1860 266 7766

आम्हाला येथे फॅक्स करा : 1800-103-4778/022-42492828

**भाग-1 (क्लेमंट/ रुग्ण/ विमा धारकाने भरावा)**

**जोडलेली आवश्यक कागदपत्रे (कृपया संबंधित रकान्यावर खूण करा)**

फोटोसह ओळखपत्राचा पुरावा:  पॅन कार्ड  पासपोर्ट  ड्रायव्हिंग लायसन्स  मतदाता ओळखपत्र  इतर (कृपया स्पष्ट करा) \_\_\_\_\_

1. रुग्णाचं/विमा धारकाचं नाव	<input type="text"/>	2. पॉलिसी क्रमांक (8 आकडी नंबर)	<input type="text"/>
3. पत्ता (राज्य, शहर, पिन कोड ह्याचा समावेश करा)	<input type="text"/>	4. वय	<input type="text"/>
		5. लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री
		6. टेलिफोन/ मोबाइल नंबर	<input type="text"/>

**भाग -2 ( डॉक्टर/हॉस्पिटल ह्यांनी भरावा)**

7. क्लिनिक/ हॉस्पिटलचं नाव	<input type="text"/>	8. फॅक्स नंबर	<input type="text"/>
9. क्लिनिक/ हॉस्पिटलचा पत्ता (राज्य, शहर, पिन कोड ह्याचा समावेश करा)	<input type="text"/>	10. टेलिफोन नंबर आणि ईमेल आयडी	<input type="text"/>
11. आजारपणाची मुख्य तक्रार	<input type="text"/>	12. आजारपणाचा कालावधी	<input type="text"/>
13. क्लिनिकल तपासणीत दिसून आले	<input type="text"/>	14. उपचार	<input type="checkbox"/> मेडिकल <input type="checkbox"/> सर्जिकल
15. प्रोविजनल निदान (तात्पुरत)	<input type="text"/>	18. डॉक्टरांचा मोबाइल नंबर	<input type="text"/>
16. उपचाराचा तपशील	<input type="text"/>	20. डॉक्टरांची सही आणि दिनांक	<input type="text"/> (x)
17. उपचार करणाऱ्या डॉक्टरांचं नाव	<input type="text"/>		
19. सध्याच्या आजारपणाची मागे कोणता आजार झाला होता	<input type="text"/>		

21. दाखल होण्याची अपेक्षित तारीख आणि वेळ	<input type="text"/> (____:____ तास)	22. रुग्णाचा कोणत्याही आजारचा वैद्यकीय इतिहास	केव्हापासून
23. इमर्जन्सी/ किंवा हॉस्पिटलात ठरवून दाखल केलं?	<input type="checkbox"/> इमर्जन्सी <input type="checkbox"/> ठरवून	a) डायबेटिस	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
24. हॉस्पिटलात रहाण्याचा अपेक्षित कालावधी (दिवसांमध्ये)	<input type="checkbox"/> नॉन आयसीयू <input type="checkbox"/> आयसीयू	b) हायपरटेंशन	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
25. निवासाचा दर्जा	<input type="text"/>	c) हृदय विकार	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
26. रुमचं भाडं+ नर्सिंगचा खर्च (दर दिवस)	<input type="text"/> ₹	d) बीआर. अस्थमा	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
27. अपेक्षित खर्च (तपासणी+ औषधे+ कन्झुमेबल्स आणि हॉस्पिटलचे इतर खर्च)	<input type="text"/> ₹	e) ओस्टिओ आरथ्रिटिस	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
28. डॉक्टरांची फी : (सर्जन+ असिस्टंट सर्जन+अनेस्थेसिस्ट+ डॉक्टरांची व्हिजिट फी)	<input type="text"/> ₹	f) कॅसर	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
29. पॅकेज दर (जर असेल तर)	<input type="text"/> ₹	g) एचआयव्ही किंवा एसटीडी	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
30. इम्प्लंट्सचा खर्च (जर लागू असेल तर स्पष्ट करा)	<input type="text"/> ₹	h) कोणतीही एच/ओ अल्कोहोल/ चुकीच्या पदार्थाचा वापर	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
31. हॉस्पिटलात दाखल केल्याचा एकूण अपेक्षित खर्च	<input type="text"/> ₹	i) इतर आजार/शस्त्रक्रिया	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
32. मॅटर्निटी तपशील : अ) मेनस्ट्रुअल हिस्ट्री	<input type="text"/>	आ) ऑब्स्टेट्रिक हिस्ट्री	<input type="text"/>
उ) नॉर्मल/एलएससीएस एक्सपेक्टेड	<input type="text"/>	इ) एलएमपी	<input type="text"/>
33. अपघात	अ) एच/ओ अल्कोहोलचा गैरवापर हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	ई) ईडीडी	<input type="text"/>
	इ) एमएलसी/ एफआयआर प्रत हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	ऊ) जी <input type="checkbox"/> पी <input type="checkbox"/> ए <input type="checkbox"/> एल <input type="checkbox"/>	
	(एमएलसी-मेडिको लीगल सर्टिफिकेट) (एफआर-फर्स्ट इन्फॉर्मेशन रिपोर्ट)	आ) परिस्थिती	<input type="text"/>
		ई) एमएलसी/एफआयआर क्रमांक	<input type="text"/>

**अधिकृतता/ घोषणा**

आजाराची तक्रार आणि मागील आजारपणासंबंधी पुरवलेला वरील तपशील माझ्या माहिती आणि विश्वासानुसार सत्य, संपूर्ण आणि अचूक आहे. मला समजलं आहे आणि संमती देतो की कोणताही तपशील अपुरा/चुकीचा असला तर पूर्व-अधिकृतता (कॅशलेस) विनंतीला विलंब होऊ शकतो/ नाकारली जाऊ शकते. कंपनी पूर्व-अधिकृतता विनंती नाकारू शकते किंवा अधिकृतता आधीच दिली असेल तर त्यासंबंधातील पेमेंट देणे नाकारू शकते. यापुढे मला समजलं आहे आणि संमती देतो की अशा प्रकरणात/परिस्थितीत आलेला हॉस्पिटलचा खर्च मला सोसावा लागेल ह्याची मी जबाबदारी स्वीकारतो आणि संमती देतो. मी येथे कंपनीला अधिकृतता देतो की ती माझ्या दाव्यासंबंधी कोणतीही अतिरिक्त/संबंधित माहिती किंवा कोणताही वैद्यकीय इतिहास हॉस्पिटल/ नर्सिंग होमकडून मिळवू शकते.

हॉस्पिटल आयडी

<input type="text"/> (x) किंवा <input type="text"/> (x)	रुग्णाची/ विमा धारकाची सही	क्लेमंटची सही
	क्लेमंटचं नाव : _____	रुग्ण/ विमा धारकासोबत नातं : _____

सूचना: 1. दाखल करताना किंवा नेटवर्क सेटलमेंट (फायनल कागदपत्र सादर करताना) हॉस्पिटलकडून कोणतीही सदोष माहिती देण्यात आली झालं तर कंपनीला पेमेंट देण्यासाठी जबाबदार धरलं जाणार नाही. 2. जर सादर केलेला कोणताही तपशील अपुरा/चुकीचा असला तर पूर्व-अधिकृतता (कॅशलेस) विनंतीला विलंब होऊ शकतो/ नाकारली जाऊ शकते. कंपनीकडून चौकशी करण्यात आल्यावर 24 तासांच्या आधी प्रतिसाद द्यावा. 3. कॅशलेसला नकार दिला म्हणजे उपचाराला नकार दिला असा अर्थ होत नाही. 4. निदान/उपचाराचा प्लॅन/दाखल होण्याचा कालावधी ह्यात कोणताही बदल झाला तर विमा धारकाला डिस्चार्ज देण्याआधी तो कंपनीला कळवावा. 5. विमा धारकाला डिस्चार्ज दिल्यानंतर हॉस्पिटलकडून करण्यात येणारी अधिकृततेची/ वाढीची कोणतीही विनंती विचारात घेतली जाणार नाही.