

## CHECK LIST

**(For Information & Documents to be submitted with Indoor Claims)  
(In general cases other than Death or Lost of Documents)**

**Part-A (Informative) :**

1. Name of Employee/Pensioner .....
2. Designation .....
3. Medical Card No. ....
4. Name of Hospital .....
- a) Empanelled Yes/No  
       OR
- b) Registered Yes/No
5. Basic Pay at the time of Admission Basic Pay : Rs.....  
[Grade Pay : Rs.....]
6. Name of Bank Central Bank of India/State Bank of India
7. Savings Account No. ....
8. Page Numbering of Claim papers From 1 to.....
9. Whether Medical Advance paid Yes/No
10. Period of Treatment From.....to.....

**Part-B (to attach documents)**

**B-1 : (In case of Empanelled Hospitals)**

1. Copy of Discharge Summary
2. All Original Cash Receipts
3. Original Bill
4. Detailed Bill [Break up of Bill]
5. Copy of Medical Card
6. Copy of Medical contribution Paid  
(for pensioners who have not paid 10 Yrs.  
Contribution)

**B-2 (Additional in case of Registered Hospital)**

1. Prescription Slips
2. Original Bills of Medicines/Tests etc.  
(Prescribed by hospital during Indoor Treatment Only)
3. Copy of Registration Certificate of Hospital
4. Emergency Certificate (if Required)

- Note :
1. In cases of Cardiac Artery/Vascular Stenting and Cataract surgery the Pouch of Stents and Sticker of lens respectively be attached.
  2. Certificate issued by Hospital may be produced in case of replacement of knee.
  3. In case of empanelled hospitals whether his/her identity was disclosed by the employee/pensioner of DDA at the time of hospitalisation.

Yes/No

.....  
Signature

Name [.....]

Address .....

Contact No. ....

Mobile : .....

Landline : .....

## जांच सूची

(अंतरंग दावों के साथ दी जाने वाली सूचना एवं दस्तावेजों)  
(मृत्यु होने अथवा दस्तावेजों के खो जाने के अतिरिक्त सामान्य मामलों में)

### भाग-क (सूचनात्मक) :

1. कर्मचारी/पेंशनभोगी का नाम .....
2. पदनाम .....
3. चिकित्सा कार्ड संख्या .....
4. अस्पताल का नाम .....
- क) एमपैनलड हां/नहीं  
अथवा
- ख) पंजीकृत हां/नहीं
5. भर्ती के समय मूल वेतन ..... रुपए  
ग्रेड पे ..... रुपए
6. बैंक का नाम सैन्ट्रल बैंक ऑफ इंडिया / स्टेट बैंक ऑफ इंडिया
7. बचत खाता संख्या .....
8. पृष्ठ संख्या 1 से ..... तक
9. जारी किया गया चिकित्सा अग्रिम हां/नहीं
10. चिकित्सा की अवधि ..... से ..... तक

### भाग-ख (संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज)

#### ख-1 : (एमपैनलड अस्पतालों के मामले में)

1. डिस्चार्ज समरी की प्रति
2. सभी मूल कैंश रसीदें
3. मूल बिल
4. विस्तृत बिल
5. चिकित्सा कार्ड की प्रति
6. अदा किए गए चिकित्सा अंशदान की प्रति

#### ख-2 (पंजीकृत अस्पतालों के मामले में अतिरिक्त)

1. प्रिरिक्रपशन पर्चियॉ
2. दवाइयों/जांचों के मूल बिल  
(केवल अंतरंग उपचार के दौरान अस्पताल द्वारा जारी)
3. अस्पताल के पंजीकरण प्रमाण-पत्र की नवीनीकरण की प्रतिलिपि
4. आपातकालीन प्रमाण-पत्र (यदि अपेक्षित हो तो)

- नोट : 1. स्टेंट लगने और कैंटरेक्ट सर्जरी के मामलों में क्रमशः स्टेंट के पाउच और लेंस के स्टीकर संलग्न करें ।  
2. पूरी तरह से घुटना बदलवाने के मामले में प्रमाण-पत्र प्रस्तुत किया जाए ।  
3. पैनल में दिये गए अस्पताल के मामले में क्या दाखिले के समय दि.दि.प्रा. का कर्मचारी/पेंशन प्राप्त कर्ता के रूप में अपनी पहचान बताई गई थी ।

हां/नहीं

दिनांक.....

हस्ताक्षर

नाम .....

पता .....

संपर्क सं.

मोबाइल : .....

लैंडलाइन : .....

# CHECK LIST

**(For Information & Documents to be submitted with Indoor Claims)  
(In general cases other than Death or Lost of Documents)**

**Part-A (Informative) :**

1. Name of Employee/Pensioner .....
2. Designation .....
3. Medical Card No. ....
4. Name of Hospital .....
- a) Empanelled Yes/No  
    OR
- b) Registered Yes/No
5. Basic Pay at the time of Admission Basic Pay : Rs.....  
    [Grade Pay : Rs.....]
6. Name of Bank Central Bank of India/State Bank of India
7. Savings Account No. ....
8. Page Numbering of Claim papers From 1 to.....
9. Whether Medical Advance paid Yes/No
10. Period of Treatment From.....to.....

**Part-B (to attach documents)**

**B-1 : (In case of Empanelled Hospitals)**

1. Copy of Discharge Summary
2. All Original Cash Receipts
3. Original Bill
4. Detailed Bill [Break up of Bill]
5. Copy of Medical Card
6. Copy of Medical contribution Paid  
(for pensioners who have not paid 10 Yrs.  
Contribution)

**B-2 (Additional in case of Registered Hospital)**

1. Prescription Slips
2. Original Bills of Medicines/Tests etc.  
(Prescribed by hospital during Indoor Treatment Only)
3. Copy of Registration Certificate of Hospital
4. Emergency Certificate (if Required)

- Note :
1. In cases of Cardiac Artery/Vascular Stenting and Cataract surgery the Pouch of Stents and Sticker of lens respectively be attached.
  2. Certificate issued by Hospital may be produced in case of replacement of knee.
  3. In case of empanelled hospitals whether his/her identity was disclosed by the employee/pensioner of DDA at the time of hospitalisation.

Yes/No

.....  
Signature

Name [.....]

Address .....

Contact No. ....

Mobile : .....

Landline : .....