



Paramount Health
Your link to good health

POLICY DECLARATION FORM

Date:.....

Name of the Hospital :

Address:.....

PATIENT NAME (BLOCK LETTERS):..... AGE/SEX :.....

Mobile No of Patient:.....

Date of Admission:..... Date of Discharge:.....

Undertaking by the Patient regarding Health Insurance Policy

(स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के संबंध में रोगी द्वारा शपथ-पत्र)

I declare that I do not have any health insurance policy.

(मैं घोषणा (खुलासा) करता हूँ कि मेरे पास कोई भी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी नहीं है।

Signature: (हस्ताक्षर)

Name of the Patient/Patient's attendant (मरीज का नाम)

I declare that I have health insurance policy.

(मैं घोषणा (खुलासा) करता हूँ कि मेरे पास एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी है।

Signature: (हस्ताक्षर)

Name of the Patient/Patient's attendant (मरीज का नाम)

Based on patient undertaking hospital declare that patient: (रोगी के उपक्रम के आधार पर हम उस रोगी की घोषणा करते हैं)

- Does not have insurance coverage hence we will bill the patient as per our rack rates. We may or may not consider discount for all such undertakings. (स्वास्थ्य बीमा कवरेज नहीं है इसलिए हम मरीज को अपनी रैक दरों के अनुसार बिल देंगे। हम ऐसे सभी उपक्रमों के लिए छूट पर विचार कर भी सकते हैं और नहीं भी।)
- Patient has health insurance coverage but out of own free will is opting for reimbursement/ cash paying mode. . As insured is already covered under TPA servicing for which we are network provider, hence we agree to bill this patient as per PHS or insurer agreed rate list (whichever is less). The benefit of discount as per MOU will also be given to this patient. (रोगी के पास स्वास्थ्य बीमा कवरेज है लेकिन वह अपनी मर्जी से रीड्यूबससमेंट/नकद भुगतान मोड का विकल्प चुन रहा है। . चूंकि बीमित व्यक्ति पहले से ही टीपीए सर्विसिंग के अंतर्गत कवर है जिसके लिए हम नेटवर्क प्रदाता हैं, इसलिए हम इस मरीज को पीएचएस या बीमाकर्ता द्वारा सहमत दर सूची (जो भी कम हो) के अनुसार बिल देने के लिए सहमत हैं। एमओयू के अनुसार छूट का लाभ भी इस मरीज को दिया जायेगा.)

Signature:

Name of the Hospital Representative & Hospital Seal