

केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME
चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे के लिए फार्म / MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM FORM

(प्रधान कार्ड धारक द्वारा स्पष्ट अक्षरों में भरा जाए/ To be filled by the Principal Card holder in BLOCK LETTERS)

(a) प्रधान सी.जी.एच.एस. कार्ड-धारक का पूरा नाम

Name of the Principal Card-Holder :

(b) सी.जी.एच.एस. लाभार्थी पह.पत्र. सं.

CGHS Ben ID No.

(c) कर्मचारी कूट सं./Employee Code No.

(d) वार्ड की पात्रता/Ward Entitlement - Pvt/Semi-Pvt./General

(e) पूरा पता/Full address

(f) मोबाइल टेलीफोन नं. और ई-मेल पता / MobileTelephone No. & e-mail address, if any :

2.(a) रोगी का नाम/Patient's Name :

(b) रोगी का सी.जी.एच.एस. लाभार्थी पह.पत्र. सं.

Patient's CGHS Ben ID No.

(c) प्रधान कार्ड-धारक के साथ उसका संबंध

Relationship with the Principal CGHS card holder

3. इलाज/जाँच किए गए अस्पताल/रोग-निर्णय/छायांकन केंद्र का नाम और पता

Name & address of the Hospital/diagnostic center/imaging center
where treatment is taken or tests done.

4. क्या अस्पताल/रोग-निर्णय/छायांकन केंद्र सी.जी.एच.एस. के अधीन पैनलबद्ध है

Whether the Hospital/diagnostic/imaging center is empanelled under CGHS

हाँ/Yes

नहीं /No

5. जिस इलाज के लिए प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है/Treatment for which reimbursement claimed

(a) ओ.पी.डी. इलाज/परीक्षण और जाँच/OPD treatment/Test & investigations

(b) अस्पताल में इलाज/Indoor Treatment

6. क्या आपात स्थिति में इलाज किया गया /Whether treatment was taken in emergency :

हाँ/Yes नहीं /No

7. क्या इलाज से पूर्व अनुमति ली गई / Whether prior permission was taken for treatment:

हाँ/Yes नहीं /No

8. क्या किसी स्वास्थ्य/चिकित्सा बीमा योजना में अभिदान करते हैं, यदि हाँ तो दावे/प्राप्ति की राशि

Whether subscribing to any health/medical insurance scheme, if yes, amount claimed/received.

हाँ/Yes नहीं /No

9. चिकित्सा अग्रिम (यदि कोई ली गई हो तो) का विवरण

Details of Medical Advance taken, if any

10. दावे की कुल राशि/Total amount claimed:

(a) ओ.पी.डी. इलाज/ OPD Treatment

(b) अस्पताल में इलाज/ Indoor Treatment

(c) परीक्षण और जाँच/Test & investigations

11. बैंक का नाम/Name of the Bank बचत खाता सं./SB A/c No.

शाखा/Branch MICR Code.....IFSC Code.....

घोषणा/ DECLARATION

मैं यह घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गए वक्तव्य मेरी पूरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा खर्च किया गया है, वह पूरी तरह से मुझ पर आश्रित है। मैं सी.जी.एच.एस. का एक लाभग्राही हूँ और इलाज के समय मेरा सी.जी.एच.एस. कार्ड मान्य था। नियमानुसार जो प्रतिपूर्ति देय होगी मैं उसे स्वीकार करता हूँ।

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 a CGHS beneficiary and the CGHS card was valid at the time of treatment. I agree for the reimbursement as is admissible under the rules.

दिनांक/Dated:

स्थान/Place :

प्रधान सी जी एच एस कार्ड धारक के हस्ताक्षर/Signature of Principal CGHS Card Holder

जिन दस्तावेजों को संलग्न किया जाना है / Documents to be attached

1. कर्मचारी के सीजीएचएस कार्ड की फोटोकॉपी और रोगी का सीजीएचएस कार्ड
Photocopy of CGHS Card of the employee alongwith the patient's CGHS Card
2. अनुमति पत्र की प्रतिलिपि, यदि कोई हो तो
Copy of Permission letter, if any
3. आपात स्थिति के मामले में आपात-स्थिति प्रमाण-पत्र (मूलप्रति)
Emergency Certificate (original), in case of emergency
4. डिस्चार्ज सार की प्रतिलिपि/Copy of discharge summary
5. एम्ब्युलेन्स प्रमाण-पत्र (मूलप्रति), यदि कोई हो तो
Ambulance Certificate (original), if any
6. दावे की राशि के लिए बिल/कैश मेमो/वाउचरों की मूल प्रतियाँ
Original bills/cash memo/vouchers etc. for the reimbursement amount claimed.

महत्वपूर्ण / IMPORTANT

जहाँ आवश्यक हों, निम्नांकित सूचना/दस्तावेज उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें।

Kindly ensure to provide the following information/documents wherever applicable.

- (a) अस्पताल/रोग-निर्णय/छायांकन केंद्र से प्रति परीक्षण प्रभार का अलग-अलग विवरण प्राप्त करें (प्रत्येक परीक्षण का विवरण व प्रभार तथा वास्तविक परीक्षणों की संख्या, एक्स-रे फिल्म आदि) क्योंकि प्रतिपूर्ति की राशि अनुमोदित सी.जी.एच.एस. दर (प्रति परीक्षण) के अनुसार ही परिकलित की जाती है।
Obtain Break-up of investigations from the hospital/diagnostic center/imaging center. (details and rates of individual tests and the exact number of tests, X-ray films etc.) as the reimbursement amount is calculated as per approved CGHS rates per test.
- (b) मूलप्रतियों के खो जाने पर, अनुलग्नक-1 के अनुसार शपथ-पत्र प्रस्तुत करें। इलाज करने वाले डॉक्टर/विशेषज्ञ द्वारा सभी फोटो-प्रतियों को प्रमाइनत किया जाना चाहिए।
In case of loss of original papers, Affidavits as per Annexure-I to be submitted. All photo copies of the bills to be attested by the treating doctor/specialist.
- (c) यदि कार्ड-धारक का निधन हो जाए तो अनुलग्नक-II के अनुसार शपथ-पत्र भरकर प्रतिपूर्ति दावे के साथ प्रस्तुत करें
In case of death of the card holder, Affidavit as per Annexure-II to be filled and attached to claim reimbursement.
- (d) प्रत्यारोपन के मामलों में, प्रत्यारोपन की क्रम सं., इनवाइस सं. (स्टिकर सहित) संलग्न की जाए।
In case of implants, invoice no. alongwith sticker with serial number of the implant to be attached.
- (e) कोरोनरी स्टेंट की मामलों में, स्टेंट के बाहरी पाउच को संलग्न किया जाना अनिवार्य है।
In case of Coronary Stents, outer pouch of stents is to be enclosed.
- (f) पेसमेकर/आई.सी.डी. आदि के प्रतिस्थापन के लिए पिछले पेसमेकर/आई.सी.डी. के वारंटी प्रमाण-पत्र की प्रति संलग्न की जाए।/
In case of replacement of pacemaker/ICD etc., copy of the warranty certificate of earlier pacemaker/ICD may be enclosed.

नोट: सी.जी.एच.एस. सुविधाओं का दुरुपयोग दंडनीय अपराध है। जानबूझकर तथ्यों को छुपाने या गलत विवरण प्रस्तुत करने पर सी.जी.एच.एस. कार्ड को रद्द करने सहित दंडात्मक कार्रवाई की जा सकती है। सेवारत कर्मचारियों के मामलों में उचित अनुशासनिक कार्रवाई की जाएगी।

Note: Misuse of CGHS facilities is a criminal offence. Penal action including cancellation of CGHS card may be taken in case of willful suppression of facts or submission of false statements. Suitable disciplinary action shall be taken in case of serving employees.

दिनांक/Dated:

स्थान/Place:

प्रधान सी जी एच एस कार्ड धारक के हस्ताक्षर/Signature of Principal CGHS Card Holder