

केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना

चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र

प्रधान कार्ड धारक द्वारा बड़े अक्षरों में भरा जाए

CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME

MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM FORM

(To be filled up by the Principal Card holder in **BLOCK LETTER**)

1. (a) प्रधान सी.जी.एच.एस कार्ड धारक का नाम :
Name of the Principal CGHS Card Holder
- (b) सीजीएचएस लाभार्थी आईडी संख्या :
CGHS Beneficiary ID No.
- (c) कर्मचारी कोड संख्या :
Employee Code No.
- (d) वार्ड हकदारी - प्राइवेट/सेमी-प्राइवेट/जनरल) :
Ward Entitlement - Pvt./Semi-Pvt./General
- (e) पूरा पता :
Full Address
- (f) मोबाइल टेलीफोन नंबर और ई-मेल पता, यदि कोई हो :
Mobile telephone No. and e-mail address, if any
2. (a) रोगी का नाम / Patient's Name :
(b) रोगी की सी.जी.एच.एस लाभार्थी आईडी संख्या :
Patient's CGHS Ben ID No.
(c) प्रधान सी.जी.एच.एस कार्ड धारक के साथ संबंध :
Relationship with the Principal CGHS card holder
3. अस्पताल/डायग्नोस्टिक केंद्र /इमेजिंग केंद्र
का नाम और पता जहा इलाज किया जाता
या परीक्षण किया जाता है :
Name & address of the hospital /
diagnostic centre/imaging centre
where treatment is taken or tests done.
4. क्या अस्पताल/डायग्नोस्टिक केंद्र /इमेजिंग केंद्र
सीजीएचएस के पैनल में है? **हाँ / नहीं**
Whether the hospital/diagnostic/imaging
center is Empanelled under CGHS
5. उपचार जिसके लिए प्रतिपूर्ति का दावा किया गया था :
Treatment for which reimbursement claimed
(a) ओ. पी. डी उपचार/ परीक्षण और जांच :
OPD Treatment/ Test & investigations
(b) आंतरिक उपचार /Indoor treatment :
6. क्या इलाज आपातकालीन स्थिति में किया गया था? **हाँ / नहीं**
Whether treatment was taken in emergency
7. क्या उपचार के लिए पूर्व अनुमति ली गई थी? **हाँ / नहीं**
Whether prior permission was taken for the treatment
8. क्या किसी स्वास्थ्य/ चिकित्सा बीमा की सदस्यता ली है : **हाँ / नहीं**
योजना, यदि हाँ, तो दावा/ प्राप्त राशि
Whether subscribing to any health/medical
insurance Scheme :
If yes, amount claimed/received
9. लिए गए चिकित्सा अग्रिम का विवरण, यदि कोई हो
Details of Medical advance taken, if any
10. दावा की गई कुल राशि
Total amount claimed
(a) ओ. पी. डी उपचार / OPD Treatment :
(b) आंतरिक उपचार Indoor Treatment :
(c) परीक्षण और जांच Tests/Investigation :

11. बैंक का नाम / Name of Bank : _____
खाता संख्या /SB A/c No. : _____
शाखा एमआईसीआर कोड / Branch MICR Code: _____
आई.एफ.एस.सी कोड /IFSC Code : _____

घोषणा / DECLARATION

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन में दिए गए बयान मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है। मैं एक सी.जी.एच.एस लाभार्थी हूँ और इलाज के समय सी.जी.एच.एस कैड वैध था। मैं नियमों के तहत स्वीकार्य प्रतिपूर्ति के लिए सहमत 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.

Date: _____

Place: _____

प्रधान सी.जी.एच.एस कार्ड धारक के हस्ताक्षर

Signature of the Principal CGHS card holder

संलग्न किये जाने वाले दस्तावेज़

Documents to be attached

1. मरीज के सीजीएचएस कार्ड के साथ कर्मचारी के सीजीएचएस कार्ड की फोटोकॉपी।
Photocopy of the CGHS card of the employee along with the patient's CGHS Card.
2. अनुमति पत्र की प्रति, यदि कोई हो।
Copy of permission letter, if any.
3. आपातकाल के मामले में आपातकालीन प्रमाणपत्र (मूल)।
Emergency certificate (original), in case of emergency.
4. डिस्चार्ज सारांश की प्रति. डिस्चार्ज सारांश की प्रति.
Copy of the discharge summary.
5. एम्बुलेंस प्रमाणपत्र (मूल), यदि कोई हो।
Ambulance Certificate (original), if any.
6. दावा की गई प्रतिपूर्ति राशि के लिए मूल बिल/कैश मेमो/वाउचर आदि।
Original bills /cash memo / vouchers etc. for the reimbursement amount claimed.

महत्वपूर्ण / IMPORTANT

कृपया, जहां भी लागू हो, निम्नलिखित जानकारी/दस्तावेज़ प्रदान करना सुनिश्चित करें

- अस्पताल/डायग्नोस्टिक सेंटर/इमेजिंग सेंटर से जांच का विवरण और व्यक्तिगत परीक्षणों की दर और परीक्षणों की सटीक संख्या, एक्स-रे फिल्म इत्यादि प्राप्त करें, क्योंकि प्रतिपूर्ति योग्य राशि की गणना प्रति परीक्षण अनुमोदित सीजीएचएस दरों के अनुसार की जाती है।
- मूल कागजात खो जाने की स्थिति में, अनुबंध I के अनुसार शपथ पत्र प्रस्तुत किया जाना चाहिए। बिलों की सभी फोटोकॉपी उपचार करने वाले डॉक्टर/विशेषज्ञ द्वारा सत्यापित होनी चाहिए।
- कार्ड धारक की मृत्यु के मामले में, अनुलमनक II के अनुसार शपथ पत्र भरना होगा और प्रतिपूर्ति का दावा करने के लिए संलग्न करना होगा।
- इम्प्लांट के मामले में, इम्प्लांट के सीरियल नंबर के साथ स्टिकर के साथ इनवॉइस नंबर संलग्न किया जाना चाहिए।
- कोरोनरी स्टेंट के मामले में, स्टेंट की बाहरी थैली को संलग्न किया जाना चाहिए।
- पेसमेकर, आई आईसीडी आदि के प्रतिस्थापन के मामले में, पहले के पेसमेकर/आईसीडी के वारंटी प्रमाणपत्र की प्रति संलग्न की जा सकती है।

नोट: सीजीएचएस सुविधाओं का दुरुपयोग एक आपराधिक अपराध है। जानबूझकर तथ्यों को छिपाने या गलत बयान प्रस्तुत करने के मामले में सीजीएचएस कार्ड को रद्द करने सहित दंडात्मक कार्रवाई की जा सकती है। सेवारत कर्मचारियों के मामले में उचित अनुशासनात्मक कार्रवाई की जाएगी।

Kindly ensure to provide the following information I documents, wherever applicable:

- (a) 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 reimbursable amount is calculated as per approved CGHS rates per test.
- (b) In case of loss of original papers, Affidavits as per Annexure I to be submitted. All photocopies of the bills to be attested by the treating doctor/specialist.
- (c) In case of death of the card holder, Affidavit as per Annexure II to be filled and attached to claim reimbursement.
- (d) In case of implants, Invoice No. along with sticker with serial number of the implant to be attached.
- (e) In case of Coronary Stents, outer pouch of stents is to be enclosed.
- (f) In case of replacement of pacemaker, I ICD etc., copy of the warranty certificate of earlier pacemaker/ICD may be enclosed.

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