

केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना

चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र

(मुख्य कार्ड धारक द्वारा बड़े अक्षरों में भरा जाना है।)

1.	(क)	मुख्य सी.जी.एच.एस. कार्ड धारक का नाम एवं पदनाम	
	(ख)	सी.जी.एच.एस. लाभार्थी आई.डी. संख्या	
	(ग)	कर्मचारी कोड संख्या	
	(घ)	वाई पात्रता - निजी/अर्ध-निजी/सामान्य	
	(ङ)	पूरा पता	
	(च)	मोबाइल/टेलीफोन नम्बर और ई-मेल पता, यदि हो तो,	
2	(क)	मरीज का नाम	
	(ख)	मरीज का सी.जी.एच.एस. लाभार्थी आई.डी. संख्या	
	(ग)	मुख्य सी.जी.एच.एस. कार्ड धारक के साथ संबंध	
3		अस्पताल/डायग्नोस्टिक सेंटर/इमेजिंग सेंटर का नाम और पता, जहाँ उपचार या जॉच करवाई गई	
4		क्या यह अस्पताल/डायग्नोस्टिक सेंटर/इमेजिंग सेंटर सी.जी.एच.एस. के अंतर्गत सूचीबद्ध है?	हाँ / नहीं
5		उपचार जिसके लिए प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है	
	(क)	ओपीडी उपचार / जॉच और परीक्षण	
	(ख)	आंतरिक उपचार	
6		क्या उपचार आपातकाल स्थिति में कराया गया?	हाँ / नहीं
7		क्या उपचार के लिए पूर्व अनुमति ली गई थी?	हाँ / नहीं
8		क्या किसी अन्य स्वास्थ्य/चिकित्सा बीमा योजना की सदस्यता प्राप्त है? यदि हाँ, तो दावा/प्राप्त की गई राशि	हाँ / नहीं
9		चिकित्सा अभिम का विवरण, यदि कोई हो तो,	
10		दावा की गई कुल राशि	
	(क)	ओपीडी उपचार	
	(ख)	आंतरिक उपचार	
	(ग)	जॉच / परीक्षण	
11		बैंक का नाम-	बचत खाता संख्या-
		शाखा एम.आई.सी.आर कोड-	आई.एफ.एस.सी. कोड-

घोषणा

मैं एतद्वारा घोषणा करता/ करती हूँ कि आवेदन में दी गई विवरणी, जहाँ तक पता और विश्वास है, सत्य है और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है, वह पूर्ण रूप से मुझ पर आश्रित है। मैं एक केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना का लाभार्थी हूँ और सी.जी.एच.एस. कार्ड उपचार के समय वैध था। मैं नियमों के तहत स्वीकार्य प्रतिपूर्ति के लिए सहमत हूँ।

दिनांक:

स्थान:

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