

केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना
चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र
CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME
MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM FORM

(प्रमुख कार्ड धारक द्वारा बड़े अक्षरों में भरा जाना है)
(To be filled up by the Principal Card holder in BLOCK LETTERS)

1. (a) प्रमुख सीजीएचएस कार्ड धारक का नाम :
Name of the Principal CGHS Card Holder
- (b) सीजीएचएस लाभार्थी आईडी नंबर :
CGHS Ben ID No.
- (c) कर्मचारी कोड संख्या :
Employee Code No.
- (d) वार्ड पात्रता - निजी/ अर्ध-निजी/ सामान्य :
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 का सीजीएचएस लाभार्थी आईडी नंबर :
Patient's CGHS Ben ID No.
- (c) प्रमुख सीजीएचएस कार्ड धारक के साथ संबंध :
Relationship with the Principal CGHS card holder
3. अस्पताल/निदान केंद्र/इमेजिंग केंद्र का नाम और पता :
जहां उपचार या परीक्षण कराया गया
Name & address of the hospital/ diagnostic center/
imaging center where treatment is taken or tests done

4. क्या अस्पताल/निदान केंद्र/इमेजिंग केंद्र : हाँ/नहीं
सीजीएचएस के तहत सूचीबद्ध है
Whether the hospital/diagnostic/imaging center is
empanelled under CGHS Yes/No

5. उपचार जिसके लिए प्रतिपूर्ति दावा किया गया
(क) ओपीडी उपचार/परीक्षण और जाँच :
(ख) इनडोर उपचार :
Treatment for which reimbursement claimed
a) OPD Treatment /Test & investigations :
b) Indoor Treatment :

6. क्या उपचार आपातकालीन स्थिति में लिया गया था : हाँ/नहीं
Whether treatment was taken in emergency Yes/No

7. क्या उपचार हेतु पूर्व अनुमति ली गयी थी : हाँ/नहीं
Whether prior permission was taken for the treatment Yes/No
8. क्या किसी स्वास्थ्य/चिकित्सा बीमा योजना की सदस्यता ली गई है, यदि हाँ, तो दावा की गई/प्राप्त राशि : हाँ/नहीं
Whether subscribing to any health/medical insurance scheme, If yes, amount claimed/received Yes/No
9. चिकित्सा हेतु ली गई अग्रिम राशि का विवरण, यदि ली गई हो :
Details of Medical Advance taken, if any
10. **दावा की गई कुल राशि :**
(क ओपीडी (उपचार) :
(ख इन्डोर उपचार (:
(गजांच/परीक्षण (:
Total amount claimed
(a) OPD Treatment :
(b) Indoor Treatment :
(c) Tests/Investigation :
11. बैंक का नाम : बचत खाता संख्या
Name of the Bank: SB A/C No.....
- शाखा एमआईसीआर कोड : आईएफएससी कोड :
Branch MICR Code: IFSC Code:

घोषणा / DECLARATION

मैं घोषणा करता 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 सीजीएचएस लाभार्थी हूँ और इलाज के समय सीजीएचएस कार्ड वैध था। मैं नियमों के तहत स्वीकृत 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 lime of treatment. I agree for the reimbursement as is admissible under the rules.

दिनांक/ Date:

स्थान /Place :

प्रमुख सीजीएचएस कार्ड धारक के हस्ताक्षर
Signature of the Principal CGHS card holder

संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज़

Documents to be attached

1. मुख्य कार्ड धारक के सीजीएचएस कार्ड की फोटो कॉपी और मरीज का सीजीएचएस कार्ड।
Photo copy of the CGHS card of the principal card holder along with the patient's CGHS Card.
2. अनुमति पत्र की प्रति, यदि कोई हो।
Copy of permission letter, if any.
3. आपातकालीन प्रमाणपत्र (मूल), आपातकालीन स्थिति में।
Emergency certificate (original), in case of emergency.
4. डिस्चार्ज सारांश की प्रति।
Copy of the discharge summary.
5. एम्बुलेंस प्रमाणपत्र (मूल), यदि कोई हो।
Ambulance Certificate (original), If any.
6. प्रतिपूर्ति राशि के लिए मूल बिल/नकद ज्ञापन/वाउचर आदि।
Original bills/cash memo/vouchers etc. for the reimbursement amount claimed.

महत्वपूर्ण IMPORTANT

कृपया निम्नलिखित जानकारी/दस्तावेज प्रदान करना सुनिश्चित करें, जहाँ भी लागू हो:
Kindly ensure to provide the following information/documents, wherever applicable:

- a) अस्पताल/निदान केंद्र/इमेजिंग केंद्र से जांच का ब्यौरा प्राप्त करें (व्यक्तिगत परीक्षणों का विवरण और दरें और परीक्षणों की सही संख्या, एक्स-रे फ़िल्में, आदि) क्योंकि प्रतिपूर्ति योग्य राशि की गणना प्रति परीक्षण स्वीकृत दरों के अनुसार 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 reimbursable amount is calculated as per approved rates per test.
- b) मूल कागजात खो जाने की स्थिति में, अनुलग्नक I के अनुसार हलफनामा प्रस्तुत किया जाना चाहिए। बिलों की सभी फोटोकॉपी उपचार करने वाले डॉक्टर/विशेषज्ञ द्वारा सत्यापित की जानी चाहिए।
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) कार्ड धारक की मृत्यु की स्थिति में, प्रतिपूर्ति का दावा करने के लिए अनुलग्नक II के अनुसार हलफनामा भरकर संलग्न करना होगा।
In case of death of the card holder, Affidavit as per Annexure II to be filled and attached to claim reimbursement.
- d) प्रत्यारोपण के मामले में, चालान संख्या के साथ-साथ प्रत्यारोपण की सीरियल संख्या वाला स्टिकर संलग्न करना होगा।
In case of implants, Invoice No. along with sticker with serial number of the implant to be attached.
- e) कोरोनरी स्टेंट के मामले में, स्टेंट की बाहरी थैली संलग्न करनी होगी।
In case of Coronary Stents, outer pouch of stents is to be enclosed.
- f) पेसमेकर/आईसीडी आदि के प्रतिस्थापन के मामले में, पहले के पेसमेकर/आईसीडी के वारंटी प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न की जा सकती है।
in case of replacement of pacemaker/ICD etc., copy of the warranty certificate of earlier pacemaker /ICD may be enclosed.

नोट: सीजीएचएस सुविधाओं का दुरुपयोग एक आपराधिक अपराध है। तथ्यों को जानबूझकर छिपाने या झूठे दावे/बयान प्रस्तुत करने के मामले में सीजीएचएस कार्ड को रद्द करने सहित दंडात्मक कार्रवाई की जा सकती है।

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 claims/statements.

अनुलग्नक -I
Annexure -I

स्टांप पेपर पर डुप्लिकेट दावा पत्रों/बिलों के लिए शपथ पत्र का मसौदा
Draft for Affidavit for Duplicate Claim Papers/bills on stamp Paper

मैं,पुत्र/पत्नी/पुत्रीऔर
निवासीने मूल कागजात खो दिए हैं/गुम हो गए हैं या उनका पता नहीं चल
पा रहा है। मैं एतद्वारा वचन देता हूँ कि मुझे किसी भी स्रोत से मूल बिलों/दावा पत्रों के विरुद्ध कोई भुगतान प्राप्त नहीं हुआ है और यदि मूल
कागजात का पता चल जाता है, तो मैं भविष्य में मूल बिलों के विरुद्ध दावा नहीं करूँगा और यदि भविष्य में मुझे मूल बिलों के विरुद्ध कोई चेक
प्राप्त होता है, तो मैं उसे सक्षम प्राधिकारी को वापस कर दूँगा।

I,son/wife/daughter of....and resident of
.....have lost/misplaced the original paper or the
same are not traceable. I hereby give an undertaking that I have not received any payment against the original
bills/claim papers from any source and that if the original papers are traced, I shall not stake claim against original
bills in future and that in the event, I receive any cheque against the original bills in future, I shall return the same to
competent authority.

साक्षी
Deponent

नोटरी पब्लिक द्वारा सत्यापित
Verified by Notary Public

अनुलग्नक-II
Annexure-II

चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा करने के लिए स्टाम्प पेपर पर शपथ पत्र का मसौदा
सीजीएचएस कार्ड धारक की मृत्यु की स्थिति में

Draft for Affidavit on Stamp Paper for claiming medical reimbursement
IN CASE OF DEATH of a CGHS Card Holder

मैं, पति/पत्नी/पुत्र/पुत्री स्वर्गीय और का निवासी हूँ, मैं अपने पति/पत्नी/पिता/माता स्वर्गीय श्री/श्रीमती के उपचार से संबंधित चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा पत्र प्रस्तुत करता हूँ, जिनकी मृत्यु दिनांक को हो गई है (मृत्यु प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न है)।

स्वर्गीय श्री/श्रीमती अपने पीछे निम्नलिखित अन्य कानूनी उत्तराधिकारी छोड़ गए हैं, जिनमें से किसी को भी इस बात पर कोई आपत्ति नहीं है कि मुझे पूरी प्रतिपूर्ति योग्य राशि का भुगतान किया जाए।

स्टाम्प पेपर पर अन्य कानूनी उत्तराधिकारियों द्वारा हस्ताक्षरित अनापत्ति प्रमाण पत्र संलग्न है

I, husband/wife/son/daughter of Late and resident of hereby submit the medical reimbursement claim papers pertaining to treatment of my husband/wife/father /mother Late Shri/ Smt..... who has expired on (copy of Death Certificate is enclosed).

Late Shri/Smt..... has left behind the following other legal heirs, none of whom have any objection if the entire reimbursable amount is paid to me.

No Objection Certificate signed by other legal heirs on Stamp paper is enclosed.

साक्षी
Deponent

नोटरी पब्लिक द्वारा सत्यापित
Attested by Notary Public

Draft for No Objection Certificate on Stamp Paper.
स्टाम्प पेपर पर अनापत्ति प्रमाण पत्र के लिए ड्राफ्ट।

हम (i)
We (i).

पुत्र/पुत्री स्वर्गीय श्री.
S/o D/o Late Shri.

(ii)
(ii)

स्वर्गीय श्री का पुत्र/पुत्री.
S/o D/o Late Shri.

(iii)

स्वर्गीय श्री का पुत्र/पुत्री.

(iii)

S/o D/o Late Shri.

(--)

(--)

(--)

स्वर्गीय श्री/श्रीमती के कानूनी उत्तराधिकारी होने के नाते हमें कोई आपत्ति नहीं है यदि स्वर्गीय श्री/श्रीमती के उपचार से संबंधित प्रतिपूर्ति योग्य संपूर्ण राशि श्री/श्रीमती को भुगतान की जाती है।

being the legal heirs of Late Shri/Smt..... have no objection if the entire amount reimbursable pertaining to the treatment of late Shri /Smt..... is paid to Shri/Smt

(i) (हस्ताक्षर) :
(Signature)

(ii) (हस्ताक्षर) :
(Signature)

(iii) (हस्ताक्षर):
(Signature):

नाम/ Name:

नाम/ Name:

नाम/ Name:

पता /Address:

पता /Address:

पता /Address:

(vi).....

(v).....

(vi).....

नोटरी पब्लिक द्वारा सत्यापित
Verified by Notary Public