

केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा फॉर्म

CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME **MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM FORM**

(प्रधान कार्ड धारक/दावाकर्ता द्वारा बड़े अक्षरों में भरा जाना है)

(To be filled by the Principal Card holder/Claimant in BLOCK LETTERS)

1. (a) Name of the Principal CGHS Card Holder :
प्रधान सीजीएचएस कार्ड धारक का नाम
- (b) CGHS Ben ID No. :
सीजीएचएस लाभार्थी आईडी नंबर
- (c) CGHS Wellness Center to which the card is attached :
सीजीएचएस वेलनेस सेंटर जिससे कार्ड जुड़ा हुआ है
- (d) Validity of CGHS Card :
सीजीएचएस कार्ड की वैधता
- (e) Ward Entitlement - Pvt./Semi-Pvt./General :
वार्ड पात्रता - निजी/अर्ध-निजी/सामान्य
- (f) Full Address :
पूरा पता
- (g) Mobile telephone No. and e-mail address, if any :
मोबाइल टेलीफोन नंबर और ई-मेल पता, यदि कोई हो
2. (a) Patient's Name :
मरीज का नाम
- (b) Patient's CGHS Ben ID No. :
मरीज का सीजीएचएस लाभार्थी आईडी नंबर
- (c) Relationship with the Principal CGHS card holder :
प्रधान सीजीएचएस कार्ड धारक के साथ संबंध
3. Category of pensioner beneficiary - please specify :
(Central Govt. Pensioner/Pensioner of Autonomous/Statutory body/Ex- MP/ Ex-Governor/ Former Judge of Supreme Court/ Former Judge of High Court/Freedom Fighter/Legal Heir/Others)
पेंशनभोगी लाभार्थी की श्रेणी - कृपया निर्दिष्ट करें
(केंद्र सरकार के पेंशनभोगी/स्वायत्त/सांविधिक निकाय के पेंशनभोगी/पूर्व सांसद/पूर्व राज्यपाल/सुप्रीम कोर्ट के पूर्व न्यायाधीश/हाईकोर्ट के पूर्व न्यायाधीश/स्वतंत्रता सेनानी/कानूनी उत्तराधिकारी/अन्य)
4. Name & address of the hospital/diagnostic center / :
imaging center where treatment is taken or tests done
अस्पताल/डायग्नोस्टिक सेंटर/इमेजिंग सेंटर का नाम और पता
जहां इलाज किया जाता है या जांच की जाती है
5. Whether the hospital/diagnostic/imaging center is : Yes(हां) /No (नहीं)
empanelled under CGHS
क्या अस्पताल/डायग्नोस्टिक/इमेजिंग सेंटर
सीजीएचएस के तहत सूचीबद्ध है
6. Treatment for which reimbursement claimed :
इलाज जिसके लिए प्रतिपूर्ति का दावा किया गया
(a) OPD/Test & investigations :
ओपीडी/परीक्षण और जांच
(b) Indoor Treatment :
इनडोर उपचार

7. Whether credit facility was availed. If not, reasons :
thereof (clarification may be attached)
क्या क्रेडिट सुविधा का लाभ उठाया गया था। यदि नहीं,
तो इसके कारण (स्पष्टीकरण संलग्न किया जा सकता है)
8. Whether treatment was taken in emergency : Yes(हाँ) /No (नहीं)
क्या उपचार आपातकालीन स्थिति में लिया गया था
9. Whether prior permission was taken for the : Yes(हाँ) /No (नहीं)
treatment
क्या उपचार के लिए पूर्व अनुमति ली गई थी
10. Whether subscribing to any health/medical : Yes(हाँ) /No (नहीं)
Insurance scheme, If yes, amount claimed/received
क्या कोई स्वास्थ्य/चिकित्सा बीमा योजना ली गई है,
यदि हाँ, तो दावा की गई/प्राप्त की गई राशि
11. Total amount claimed :
दावा की गई कुल राशि
(a) OPD Treatment :
ओपीडी उपचार
(b) Indoor Treatment :
इनडोर उपचार
(c) Tests/Investigation :
परीक्षण/जांच
12. Name of the Bank: SB A/c No.:
बैंक का नाम: बचत खाता संख्या:
Branch MICR Code: IFSC Code:
शाखा एमआईसीआर कोड: आईएफएससी कोड:

घोषणा

DECLARATION

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.

मैं घोषणा करता हूँ कि आवेदन में दिए गए कथन मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया था, वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है। मैं सीजीएचएस लाभार्थी हूँ और उपचार के समय सीजीएचएस कार्ड वैध था। मैं नियमों के तहत स्वीकार्य प्रतिपूर्ति के लिए सहमत हूँ।

Date:
दिनांक:
Place:

स्थान

Signature of the Principal CGHS card holder / Claimant
मुख्य सीजीएचएस कार्ड धारक/दावाकर्ता के हस्ताक्षर

संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज़ Documents to be attached

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

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) 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.
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।
- 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.
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।
- c) In case of death of the card holder, Affidavit as per Annexure II to be filled and attached to claim reimbursement.
कार्ड धारक की मृत्यु की स्थिति में, प्रतिपूर्ति का दावा करने के लिए अनुलग्नक II के अनुसार हलफनामा भरकर संलग्न करना होगा।
- d) In case of implants, Invoice No. along with sticker with serial number of the implant to be attached.
प्रत्यारोपण के मामले में, चालान संख्या के साथ-साथ प्रत्यारोपण की सीरियल संख्या वाला स्टिकर संलग्न करना होगा।
- e) In case of Coronary Stents, outer pouch of stents is to be enclosed.
कोरोनरी स्टेंट के मामले में, स्टेंट की बाहरी थैली संलग्न करनी होगी।
- f) in case of replacement of pacemaker/ICD etc., copy of the warranty certificate of earlier pacemaker /ICD may be enclosed.
पेसमेकर/आईसीडी आदि के प्रतिस्थापन के मामले में, पहले के पेसमेकर/आईसीडी के वारंटी प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न 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.

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।

अनुलग्नक -1

Annexure -1

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

1,son/wife/daughter of....and resident ofhave 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.

1,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।

Deponent
साक्षी

Verified by Notary Public
नोटरी पब्लिक द्वारा सत्यापित

अनुलग्नक-II

Annexure-II

Draft for Affidavit on Stamp Paper for claiming medical reimbursement

IN CASE OF DEATH of a CGHS Card Holder

चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा करने के लिए स्टाम्प पेपर पर हलफनामे का प्रारूप
सीजीएचएस कार्ड धारक की मृत्यु की स्थिति में

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).

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)।

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.

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।

No Objection Certificate signed by other legal heirs on Stamp paper is enclosed
स्टाम्प पेपर पर अन्य कानूनी उत्तराधिकारियों द्वारा हस्ताक्षरित अनापत्ति प्रमाण पत्र संलग्न है

Deponent
साक्षी

Attested by Notary Public
नोटरी पब्लिक द्वारा सत्यापित

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

We (i).
हम (i)

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

(ii)
(ii)

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

(iii)
(iii)

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

(--)

(--)

(--)

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.....

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।

(i) (Signature):

(हस्ताक्षर)

Name:

नाम

Address:

पता

(ii) (Signature):

(हस्ताक्षर)

Name:

नाम

Address:

पता

(iii) (Signature):

(हस्ताक्षर)

Name:

नाम

Address:

पता

(vi).....

(v).....

(vi).....

Verified by Notary Public
नोटरी पब्लिक द्वारा सत्यापित