

चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र (MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM FORM)

1. a) सीजीएस कार्ड धारक का नाम Name of the CGHS Card Holder :
b) सीजीएस कार्ड संख्या CGHS Card Number :
c) कर्मचारी कोड संख्या Employee Code Number :
d) वार्ड पात्रता – प्राइवेट/सेमी-प्राइवेट/जनरल Ward Entitlement – Pvt./Semi-Pvt./General :
e) पूर्ण पता Full Address :
f) मोबाइल नंबर एवं ई-मेल (यदि कोई) Mobile Number & E-mail (if any) :
2. a) रोगी का नाम Patient's Name :
b) रोगी का सीजीएस नंबर Patient's CGHS Number :
c) CGHS कार्ड धारक के साथ संबंध Relationship with the CGHS Card Holder :
3. जिस अस्पताल / डायग्नोस्टिक सेंटर / इमेजिंग सेंटर में उपचार लिया गया :
उसका नाम एवं पता Name & address of the hospital /
diagnostic center / imaging center where treatment was taken
4. क्या उपरोक्त अस्पताल / डायग्नोस्टिक / इमेजिंग सेंटर CGHS के अंतर्गत पैनल में है? : हाँ / नहीं
Whether the hospital / diagnostic / imaging center is empanelled under CGHS Yes / No
5. जिस उपचार हेतु प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है Treatment for which reimbursement claimed :
a) ओपीडी उपचार / जाँच एवं परीक्षण OPD treatment/Test & investigations :
b) इनडोर उपचार 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 गई थी? : हाँ / नहीं
Whether prior permission was taken for the treatment Yes / No
8. क्या किसी स्वास्थ्य / चिकित्सा बीमा योजना के सदस्य हैं? हाँ / नहीं
यदि हाँ, तो प्राप्त / दावा की गई राशि ₹.....
Whether subscribing to any health/medical insurance scheme, Yes / No
if yes amount claimed/received Rs.
9. यदि कोई चिकित्सा अग्रिम लिया गया हो तो उसका विवरण :
Details of Medical Advance taken, if any
10. दावा की गई कुल राशि Total amount claimed :
a) ओपीडी उपचार OPD Treatment :
b) इनडोर उपचार Indoor Treatment :
c) जाँच / परीक्षण Tests/Investigation :
d) दवाइयाँ Medicines :

घोषणा / DECLARATION

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दी गई समस्त जानकारी मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सत्य है तथा जिनके उपचार हेतु व्यय किया गया है वे पूर्णतः मुझ पर आश्रित हैं। मैं CGHS का लाभार्थी हूँ एवं उपचार के समय मेरा CGHS कार्ड वैध था। नियमों के अंतर्गत अनुमेय प्रतिपूर्ति स्वीकार करने हेतु मैं सहमत हूँ।

I hereby declare that the statements made in this 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 admissible under the rules.

दिनांक / Date :
स्थान / Place :

मुख्य केंद्रीय सरकारी स्वास्थ्य योजना (CGHS) कार्ड धारक के हस्ताक्षर
Signature of the Principal CGHS beneficiary card holder

आवश्यकता प्रमाण-पत्र (ESSENTIALITY CERTIFICATE)

(उन रोगियों के मामलों में भरा जाए, जिन्हें उपचार हेतु अस्पताल में भर्ती नहीं किया गया हो /
To be completed in the case of patients who are not admitted to the hospital for treatment)

प्रमाण-पत्र प्रदान किया जाता है / Certificate granted to पत्नी / Wife of
..... जो ICMR-National Institute for Implementation Research on Non-Communicable Diseases
(NIIRNCD), जोधपुर में कार्यरत हैं / employed in the office of ICMR-NIIRNCD, Jodhpur.

मैं, डॉ. Dr..... एतद् द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ / I hereby certify:-

- a) मैंने औषधालय समय के पश्चात अपने परामर्श कक्ष में ₹...../-का परामर्श शुल्क प्राप्त किया that I charged and received Rs...../- for.....Consultation on at my consulting room after Dispensary hours.
- b) मैंने ₹ का शुल्क लेकर (इंट्रामस्क्यूलर / इंट्रावीनस – intra-muscular / intra-venous) इंजेक्शन दिनांक को औषधालय समय के पश्चात लगाया / That I charged and received Rs. for administering injection on at my consulting room after dispensary hours.
- c) दिया गया इंजेक्शन टीकाकरण अथवा निवारक उद्देश्य हेतु नहीं था / That the injection administered was not for immunizing or prophylactic purpose.
- d) रोगी मेरे परामर्श कक्ष में मेरे उपचाराधीन था/थी तथा निर्धारित दवाएँ रोगी की स्थिति में सुधार अथवा गंभीर बिगड़ाव से बचाव हेतु आवश्यक थीं / That the patient has been under my treatment at my consulting room and the medicines prescribed were essential for recovery or preventing serious deterioration. उक्त दवाएँ अस्पताल/औषधालय में उपलब्ध नहीं थीं तथा समान चिकित्सीय प्रभाव वाली सस्ती औषधियाँ उपलब्ध नहीं थीं / The medicines were not available in the hospital/dispensary and no cheaper substitutes of equal therapeutic value were available.

दवा / जाँच विवरण (Details of Medicine / Lab Test)

क्रम सं. / S. No.	बिल संख्या / Bill No.	बिल दिनांक / Bill Date	दवा/जाँच का नाम / Name of Medicine/Lab Test	राशि ₹ / Amount Rs.
1				
2				
3				
4				

- e) रोगी रोग से पीड़ित था/थी तथा दिनांक से मेरे उपचाराधीन था/थी / That the patient was suffering from and was under my treatment from
- f) एक्स-रे/प्रयोगशाला जाँच दिनांक मेरे परामर्श पर कराई गई, जिस पर ₹ का व्यय आवश्यक रूप से किया गया / That the X-ray/laboratory tests dated were undertaken on my advice and expenditure of Rs. was necessarily incurred.
- g) रोगी को अस्पताल में भर्ती नहीं किया गया / That the patient did not require hospitalization.
- h) रोगी को के पास विशेष परामर्श हेतु संदर्भित किया गया तथा नियमों के अनुसार आवश्यक स्वीकृति पत्र/स्मरण-पत्र संख्या दिनांक द्वारा प्राप्त की गई / That I referred the patient to Dr. and the necessary approval as per rules was obtained vide letter/memo No. dated
- i) यह मामला दीर्घकालिक उपचार का नहीं था / That the case was definitely not of prolonged treatment.
- j) संबंधित अस्पताल/औषधालय केंद्रीय सरकार के कर्मचारियों के उपचार हेतु मान्यता प्राप्त है / That the hospital/dispensary is recognized for treatment of Central Government employees.
- k) इस उपचार अवधि के दौरान मैं अवकाश पर नहीं था/थी / That I was not on privilege leave during this period of treatment.
- l) उपचार समाप्त हो चुका है / जारी है / That the treatment is over / continuing.

चिकित्सा अधिकारी / अस्पताल अधीक्षक के हस्ताक्षर
Signature of Medical Officer / Hospital Superintendent