

**केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना**

**चिकित्सा अदायगी दावा प्रपत्र**

(मुख्य कार्ड धारक द्वारा बड़े अक्षरों में भरा जाए)

1. (क) मुख्य सी.जी.एच.एस. कार्ड धारक का नाम :
- (ख) सी.जी.एच.एस. लाभार्थी आई.डी. संख्या :
- (ग) सी.जी.एच.एस. वेलनेस सेंटर का नाम, जिसका कार्ड संलग्न है:
- (घ) सी.जी.एच.एस. कार्ड की मान्यता :
- (ड.) वार्ड हकदारी-प्राइवेट/सेमी-प्राइवेट/सामान्य :
- (च) पूरा पता :
- (छ) मोबाइल फोन नं. एवं ई-मेल पता, यदि है :
2. (क) रोगी का नाम :
- (ख) रोगी का सी.जी.एच.एस. लाभार्थी आई.डी. संख्या :
- (ग) मुख्य सी.जी.एच.एस. कार्ड धारक के साथ संबंध :
3. पेंशनभोगी लाभार्थी की श्रेणी - कृपया बताएं  
(केन्द्र सरकार पेंशन भोगी/स्वायत्त/साविधिक निकाय पेंशनभोगी/पूर्व सांसद/पूर्व राज्यपाल/सर्वोच्च न्यायालय का पूर्व न्यायाधीश/उच्च न्यायालय का पूर्व न्यायाधीश/स्वतंत्रता सेनानी/विधिक उत्तराधिकारी/अन्य)
4. अस्पताल/नैदानिक केन्द्र/इमेजिंग सेंटर का नाम एवं पता जहां उपचार या जांच की जानी है :
5. क्या अस्पताल/नैदानिक/इमेजिंग सेंटर सी.जी.एच.एस. पेनल की सूची में है? : (हां / नहीं)
6. उपचार जिसके लिए चिकित्सा अदायगी का दावा किया गया है  
(क) ओ.पी.डी. उपचार/जांच एवं अन्वेषण :  
(ख) अंतरंग उपचार :
7. क्या क्रेडिट सुविधा का लाभ उठाया गया है। यदि नहीं तो कारण बताएं (स्पष्टीकरण संलग्न करें) :
8. क्या उपचार आपात स्थिति में करवाया गया था? : (हां / नहीं)
9. क्या उपचार हेतु पूर्व अनुमति ली गई थी? : (हां / नहीं)
10. क्या किसी स्वास्थ्य/चिकित्सा बीमा योजना के अभिदाता है, यदि हां, तो दावा/प्राप्त की गई राशि : (हां / नहीं)
11. **दावा की गई कुल राशि**  
(क) ओ.पी.डी. उपचार :  
(ख) अंतरंग उपचार :  
(ग) जांच/ अन्वेषण :
12. बैंक का नाम : ..... एस.बी. खाता संख्या .....  
शाखा एम.आई.सी.आर. कोड..... आई.एफ.एस.सी. कोड.....

**घोषणा**

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता हूं कि इस आवेदन में दी गई सूचना मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार विल्कुल सही है और जिस व्यक्ति हेतु चिकित्सीय खर्च किया गया है, वह पूर्ण रूप से मुझ पर आश्रित है। मैं सी.जी.एच.एस. लाभार्थी हूं एवं सी.जी.एच.एस. कार्ड उपचार के समय मान्य था। मैं नियमानुसार स्वीकार्य चिकित्सा अदायगी हेतु सहमत हूं।

दिनांक :

स्थान :

मुख्य सी.जी.एच.एस. कार्ड धारक एवं दावेदार के

हस्ताक्षर

## संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज

1. रोगी के सी.जी.एच.एस. कार्ड सहित मुख्य सीजीएचएस कार्ड धारक के सी.जी.एच.एस. कार्ड की फोटो कॉपी
2. अनुमति पत्र की प्रति, यदि कोई हो तो
3. आपात स्थिति में आपात प्रमाणपत्र (मूल प्रति)
4. अस्पताल से छुट्टी सारांश की प्रति
5. एम्बुलेंस प्रमाणपत्र (मूल), यदि कोई है
6. दावा की गई राशि की अदायगी हेतु बिल/कैश मेमो/वाउचर इत्यादि की मूल प्रतियां

### **महत्वपूर्ण सूचना**

कृपया नीचे दी गई जानकारी/दस्तावेज, जहां भी लागू हो, को उपलब्ध करवाना सुनिश्चित करें :

- क) अस्पताल/नैदानिक केन्द्र/ इमेजिंग सेन्टर जांच का ब्रेकअप (प्रत्येक जांच का विवरण एवं दरें और जांच, एक्स-रे पि ल्म इत्यादि की निश्चित संख्या) प्राप्त करें चूंकि अदा की गई राशि की गणना अनुमोदित सी.जी.एच.एस. दरों के अनुसार की जानी है।
- ख) मूल कागजों के खो जाने की स्थिति में अनुलग्नक 1 के अनुसार शपथ नामा प्रस्तुत करना होगा, बिलों की सभी प्रतियां उपचार करने वाले डाक्टर/विशेषज्ञ द्वारा सत्यापित करवाना आवश्यक है।
- ग) कार्ड धारक की मृत्यु हो जाने की स्थिति में चिकित्सा अदायगी दावे हेतु अनुलग्नक-2 के अनुसार शपथनामा भरकर संलग्न करना होगा।
- घ) प्रत्यारोपण (इंप्लांट) की स्थिति में प्रत्यारोपण की व्र म संख्या, स्टीकर एवं बीजक संख्या को भी संलग्न करना होगा।
- ड.) कॉरोनरी स्टेंट की स्थिति में, स्टेंट के ब्राह्म कोष्ठ को संलग्न करना होगा।
- च) पेस मेकर/आई.सी.डी. इत्यादि के प्रतिस्थापन की स्थिति में, पहले पेस मेकर/आई.सी.डी. के वारंटी प्रमाणपत्र की प्रति संलग्न की जाए।

**टिप्पणी:-** सी.जी.एच.एस. सुविधाओं का दुरुपयोग दंडनीय अपराध है। इसके लिए जान-बूझकर तथ्यों को छुपाने अथवा झूठे पेपर प्रस्तुत करने की स्थिति में सी.जी.एच.एस. कार्ड को रद्द करने के साथ ही दंडात्मक कार्रवाई की जा सकती है।

