

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

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

1. (a) Name of the Principal CGHS Card Holder :
(b) CGHS Ben ID No. :
(c) Employee Code No. :
(d) Ward Entitlement — Pvt./Semi-Pvt./ :
General :
(e) Full Address :
(f) Mobile telephone No. and e-mail address, :
if any :
2. (a) Patients Name :
(b) Patient's CGHS Ben ID No. :
(c) Relationship with the Principal CGHS card :
holder :
Name & address of the hospital / diagnostic
3. centre / imaging centre where treatment is taken :
or tests done :
4. Whether the hospital/ diagnostic/ imaging centre : Yes/No
is empanelled under CGHS :
5. Treatment for which reimbursement claimed :
(a) OPD Treatment [Test & Investigations] :
(b) Indoor Treatment : -
6. Whether treatment was taken in emergency : Yes/No
7. Whether prior permission was taken for the : Yes/No
treatment :
Whether subscribing to any health/medical
8. insurance scheme, If yes, amount claimed/ : Yes/No
received :
9. Details of Medical Advance taken, if any :
10. Total amount claimed :
(a) OPD Treatment :
(b) Indoor Treatment :
(c) Tests/ Investigation :

Name of the Bank
Branch MICR Code

SB A/c No.
IFSC Code

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.

Date:

Place:

Signature of the Principal CGHS card holder

Documents to be attached

1. *Photo copy of the CGHS card of the employee along with the patient's CGI-IS Card.*
2. *Copy of permission letter, if any.*
3. *Emergency certificate (original), in case of emergency.*
4. *Copy of the discharge summary.*
5. *Ambulance Certificate (original), if any.*
6. *Original bills /cash memo / vouchers etc. for the reimbursement amount claimed.*

IMPORTANT

Kindly ensure to provide the following information / documents, wherever applicable:

- a) *Obtain Break up of Investigations from the hospital/diagnostic centre/imaging centre (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 CGHS rates per test*
- 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.*
- c) *In case of death of the card holder, Affidavit as per Annexure II to be filled and attached to claim reimbursement,*
- d) *In case of implants, Invoice No. along with sticker with serial number of the implant to be attached.*
- e) *In case of Coronary Stents, outer pouch of stents is to be enclosed.*
- f) *In case of replacement of pacemaker / ICD etc., copy of the warranty certificate of earlier pacemaker/ICD may be enclosed*

मध्य प्रदेश, ग्वालियर

चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति :-

- (1) नाम तथा पदनाम
- (2) निवास का सही पता
- (3) रोगी का नाम तथा संबंध
- (4) बीमारी की प्रकृति तथा अवधि (यक्ष्मा पीड़ित रोगियों के प्रकरण में सेवा अवधि)
- (5) चिकित्सा कहाँ हुई
- (6) प्रकरण का चिकित्सा अधिकारी (प्राधिकृत चिकित्सा परिचायक का नाम)
- (7) अपरिहार्यता प्रमाण पत्र में अनुशंसा की गई औषधियाँ

क्रमांक सं.	औषधि भण्डार का नाम	नकदीपची का क्रमांक/दिनांक	आपूर्ति का दिनांक	औषधियों का नाम	मात्रा	राशि रु.

1. परामर्श शुल्क.....
- (8) अन्य व्यय 2. इंजेक्शन लगाई शुल्क.....
3. अन्य व्यय.....
- (9) दावा की गई कुल राशि.....
- (10) शासकीय कर्मचारी के हस्ताक्षर.....
- (11) अस्वीकृत राशि उसके कारणों सहित.....
- (12) पारित निवल राशि.....

अपरिहार्यता प्रमाण पत्र क/ख/सहायक चिकित्सा अधिकारी/सहायक वाह्य चिकित्सा अधिकारी या अधीक्षक.....
जो कि आवेदन का प्राधिकृत चिकित्सा का परिचायक है, के द्वारा हस्ताक्षर किया हुआ है। चिकित्सालय के प्रकरण में प्रभारी चिकित्सा अधिकारी से नकदी पर्चियों का सत्यापन किया है तथा प्राधिकृत चिकित्सा परिधारक ने प्रतिहस्ताक्षर किए हैं। अपरिहार्यता प्रमाण पत्र में वर्णित औषधियों की जांच औषधि सूची से कर ली गई है ऐसी औषधियों का मूल्य सम्मिलित नहीं किया गया है जो कि प्रतिपूर्ति योग्य नहीं है। श्री..... द्वारा प्रस्तुत किया गया व्यवस्थित रूप में है।

चिकित्सा व्यय रुपये..... (रुपये.....) की प्रतिपूर्ति स्वीकृति किया जाता है।

स्वीकृत

वरिष्ठ उप महालेखाकार (प्रशासन)

लेखा अधिकारी
सहायक लेखा अधिकारी