

# Annexure –I

अनुलग्नक-1

## CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME MODIFIED CHECK LIST FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL CLAIMS

केंद्र सरकार की स्वास्थ्य योजना

चिकित्सा दावों की प्रतिपूर्ति के लिए संशोधित जांच सूची

1. CGHS Token no. and place of issue :  
सीजीएचएस टोकन नं और जारी करने का स्थान:
2. Validity of CGH Card(for pensioners)& Entitlement :  
सीजीएच कार्ड की वैधता (पेंशनभोगियों के लिए) और पात्रता  
:
3. Full name of Card Holder (Block letters) :  
कार्ड धारक का पूरा नाम (बड़े अक्षरों में) :
4. Status (Govt. servant/Pensioner/other) स्थिति :  
(सरकारी सेवक/पेंशनभोगी/अन्य) :
5. The following documents are submitted :  
निम्नलिखित दस्तावेज जमा किए जाते हैं:  
(please tick the relevant column) (कृपया संबंधित  
कॉलम पर निशान लगाएं) :
  - a) Medical 2004 form मेडिकल 2004 फॉर्म: : yes/no हां/नहीं
  - b) Photocopy of CGHS card सीजीएचएस कार्ड की : yes/No हां/नहीं  
फोटोकॉपी:
  - c) No. of original bills मूल बिलों की संख्या : yes/no हां/नहीं
  - d) Copy of discharge summary डिस्चार्ज सारांश :  
की प्रति
  - e) Copy of referral by specialist /CMO विशेषज्ञ : yes/no हां/नहीं  
/ सीएमओ द्वारा रेफरल की प्रति:
  - f) Whether the hospital has given breakup for : yes/no हां/नहीं  
lab.inv क्या अस्पताल ने lab.inv के लिए ब्रेकअप  
दिया है :
  - g) Original papers have been lost the  
following documents are submitted मूल कागजात  
खो गए हैं निम्नलिखित दस्तावेज जमा किए गए हैं:

i) Photocopies of claim papers दावा पत्रों की फोटोकॉपी: : yes/no हां/नहीं

ii) Affidavit on stamp paper स्टाम्प पेपर पर हलफनामा: : yes/no हां/नहीं

h) In case of death of card holder the following documents are submitted कार्ड धारक की मृत्यु के मामले में निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किए जाते हैं -- :

i) Affidavit on stamp paper by claimant : yes/no हां/नहीं

ii) No objection from other legal heirs on stamp paper स्टाम्प पेपर पर अन्य कानूनी उत्तराधिकारियों से कोई आपत्ति नहीं : yes/no हां/नहीं

iii) Copy of death certificate मृत्यु प्रमाण पत्र की प्रति : yes/no हां/नहीं

Dated दिनांक \_\_\_\_\_

Signature of CGHS Card Holder  
सीजीएचएस कार्ड धारक के हस्ताक्षर

Tel no.

टेलीफोन नं०

**CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME  
MEDICAL 2004 FORM FOR REIMBURSEMENT OF MEDIAL CLAIMS OF CGHS  
BENEFICIARIES**

केंद्र सरकार की स्वास्थ्य योजना

चिकित्सा 2004 सीजीएचएस लाभार्थियों के औसत दर्जे के दावों की प्रतिपूर्ति के लिए प्रपत्र

**(TO BE FILLED BY THE CLAIMANT)**

(दावेदार द्वारा भरा जाना है)

1. CGHS Token No. and place of issue :  
सीजीएचएस टोकन नंबर और जारी करने का  
स्थान
2. Validity of CGHS Token card : from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
&entitlement सीजीएचएस टोकन कार्ड entitlement\_\_\_\_  
और पात्रता की वैधता : \_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_ पात्रता\_\_\_\_ तक
3. Full name of the card holder (block :  
letters) कार्ड धारक का पूरा नाम (बड़े  
अक्षरों में)
4. Full address पूरा पता : :
5. Telephone no. दूरभाष नं. : (या) : (o) (R)
- E-mail: ईमेल: :
6. Name of the patient & relationship :  
with card holder : रोगी का नाम और  
कार्ड धारक के साथ संबंध:
7. Status tick(Govt. servant/Pensioner :  
स्टेटस टिक (सरकारी सेवक/पेंशनर
8. Basic pay/ Basic pension मूल :  
वेतन/मूल पेंशन
9. Name of the Hospital with address  
अस्पताल का नाम एवं पता  
a) OPD treatment and :  
investigations ओपीडी उपचार  
और जांच  
b) Indoor treatment आंतरिक :  
उपचार:

10. Date of admission प्रवेश की तिथि: : \_\_\_\_\_ date of discharge \_\_\_\_\_ (in case of indoor treatment only)  
\_\_\_\_\_ छुट्टी की तिथि \_\_\_\_\_ (केवल इनडोर उपचार के मामले में)
11. Total amount claimed दावा की गई कुल राशि  
a) OPD treatment ओपीडी उपचार :  
b) Indoor treatment आंतरिक उपचार :
12. Details of Referral रेफरल का विवरण :
13. Details of Medical advance if, any :  
चिकित्सा अग्रिम का विवरण, यदि कोई हो:

### 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.

#### घोषणा

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि आवेदन में दिए गए विवरण 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 एक सीजीएचएस लाभार्थी हूँ और इलाज के समय सीजीएचएस कार्ड वैध था। मैं प्रतिपूर्ति के लिए सहमत हूँ जैसा कि नियमों के तहत स्वीकार्य है।

Dated: दिनांक

Signature of CGHS Card Holder

सीजीएचएस कार्ड धारक के हस्ताक्षर

**Note:** Misuse of CGHS facilities is a criminal offence. Suitable action including cancellation of CGHS card shall be taken in case of willful suppression of facts or submission of false statements. Suitable disciplinary action shall be taken in case of serving employees.

नोट: सीजीएचएस सुविधाओं का दुरुपयोग एक आपराधिक अपराध है। जानबूझकर तथ्यों को छिपाने या गलत बयान देने के मामले में सीजीएचएस कार्ड को रद्द करने सहित उपयुक्त कार्रवाई की जाएगी। सेवारत कर्मचारियों के मामले में उपयुक्त अनुशासनात्मक कार्रवाई की जाएगी।

अनुलग्नक-1

केंद्र सरकार की स्वास्थ्य योजना  
चिकित्सा दावों की प्रतिपूर्ति के लिए संशोधित जांच सूची

1. सीजीएचएस टोकन नं और जारी करने की स्थान:
2. सीजीएच कार्ड की वैधता (पेंशनभोगियों के लिए) और पात्रता :
3. कार्ड धारक का पूरा नाम (बड़े अक्षरों में) :
4. स्थिति (सरकारी सेवक/पेंशनभोगी/अन्य) :
5. निम्नलिखित दस्तावेज जमा किए जाते हैं:  
(कृपया संबंधित कॉलम पर निशान लगाएं) :  
ए) मेडिकल 2004 फॉर्म: हां/नहीं  
बी) सीजीएचएस कार्ड की फोटोकॉपी: हां/नहीं  
सी) मूल बिलों की संख्या: हां/नहीं  
घ) डिस्चार्ज सारांश की प्रति :  
ई) विशेषज्ञ / सीएमओ द्वारा रेफरल की प्रति: हाँ / नहीं  
च) क्या अस्पताल ने lab.inv के लिए ब्रेकअप दिया है : हाँ/नहीं  
छ) मूल कागजात खो गए हैं निम्नलिखित दस्तावेज जमा किए गए हैं:  
i) दावा पत्रों की फोटोकॉपी: हां/नहीं  
ii) स्टाम्प पेपर पर हलफनामा: हाँ/नहीं  
ज) कार्ड धारक की मृत्यु के मामले में निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किए जाते हैं - :  
i) स्टाम्प पेपर y दावेदार पर हलफनामा : हाँ/नहीं  
ii) स्टाम्प पेपर पर अन्य कानूनी उत्तराधिकारियों से कोई आपत्ति नहीं: हाँ/नहीं  
iii) मृत्यु प्रमाण पत्र की प्रति: हाँ/नहीं

दिनांक \_\_\_\_\_ सीजीएचएस कार्ड धारक के हस्ताक्षर  
टेलीफोन नंबर।

केंद्र सरकार की स्वास्थ्य योजना  
चिकित्सा 2004 सीजीएचएस लाभार्थियों के औसत दर्जे के दावों की प्रतिपूर्ति के लिए प्रपत्र

(दावेदार द्वारा भरा जाना है)

1. सीजीएचएस टोकन नंबर और जारी करने का स्थान:
2. सीजीएचएस टोकन कार्ड और पात्रता की वैधता : \_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_ पात्रता \_\_\_\_\_ तक
3. कार्ड धारक का पूरा नाम (बड़े अक्षरों में) :
4. पूरा पता :
5. दूरभाष नं. : (या)
- ईमेल: :
6. रोगी का नाम और कार्ड धारक के साथ संबंध : :
7. स्टेटस टिक (सरकारी सेवक/पेंशनर :
8. मूल वेतन/मूल पेंशन :
9. पते के साथ अस्पताल का नाम
- ए) ओपीडी उपचार और जांच:  
बी) आंतरिक उपचार:
10. प्रवेश की तिथि: \_\_\_\_\_ छुट्टी की तिथि \_\_\_\_\_ (केवल इनडोर उपचार के मामले में)
11. दावा की गई कुल राशि
- ए) ओपीडी उपचार:  
बी) आंतरिक उपचार:
12. रेफरल का विवरण:
13. चिकित्सा अग्रिम का विवरण, यदि कोई हो:

घोषणा

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि आवेदन में दिए गए विवरण 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 एक सीजीएचएस लाभार्थी हूँ और इलाज के समय सीजीएचएस कार्ड वैध था। मैं प्रतिपूर्ति के लिए सहमत हूँ जैसा कि नियमों के तहत स्वीकार्य है।

दिनांक: सीजीएचएस कार्ड धारक के हस्ताक्षर

नोट: सीजीएचएस सुविधाओं का दुरुपयोग एक आपराधिक अपराध है। जानबूझकर तथ्यों को छिपाने या गलत बयान देने के मामले में सीजीएचएस कार्ड को रद्द करने सहित उपयुक्त कार्रवाई की जाएगी। सेवारत कर्मचारियों के मामले में उपयुक्त अनुशासनात्मक कार्रवाई की जाएगी।