

भारत सरकार
केंद्रीय जल आयोग
(स्थापना XIV अनुभाग)

901 (उ०), सेवा भवन,
आर. के. पुरम, नई दिल्ली -66
दिनांक 26.06.2023

परिपत्र

विषय : केंद्रीय जल आयोग में पी.एफ.एम.एस. के माध्यम से ई-बिल प्रणाली के लागू होने के क्रम में।

केंद्रीय विभागों/मंत्रालयों में दावेदारों से प्राप्त दावे/चालान आदि के पी.एफ.एम.एस. के माध्यम से एंड-टू-एंड डिजिटल प्रोसेसिंग और भुगतान के लिए नई लागू 'ई-बिल प्रणाली' के अंतर्गत दावाकर्ता के चिकित्सा बिल का PD(e-claim) बनाते समय आवश्यक सूचनाएँ जैसे कि दावाकर्ता का वर्तमान वेतन, वेतन लेवल एवं ई-मेल आई डी (GOV / NIC), पी.एफ.एम.एस. पोर्टल पर भरी जानी अनिवार्य होती है।

2. अतः प्रत्येक सी.जी.एच.एस. कार्ड धारक द्वारा अपना चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा, उपरोक्त अनिवार्य सूचनाओं को शामिल करते हुए इस परिपत्र के साथ 'अनुलग्नक - अ' पर संलग्न चिकित्सा दावा फार्म में प्रतिपूर्ति हेतु प्रेषित किया जाना चाहिए। प्रत्येक सी.एस.(एम.ए.) लाभार्थी द्वारा अपना चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा जारी चिकित्सा दावा फार्म में ऊपर मांगी गई अनिवार्य सूचनाओं को हस्ताक्षर किए जाने वाले स्थान के नीचे ही लिख कर, प्रतिपूर्ति हेतु प्रेषित किया जाना चाहिए।

(अजय मलिक)
अवर सचिव

प्रति: केंद्रीय जल आयोग के समस्त अधिकारी एवं कर्मचारी।

Digitally Signed by Ajay
Malik
Date: 26-06-2023 12:48:56
Reason: Approved

केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र

1	क	मुख्य कार्ड धारक का नाम	:	
	ख	सी.जी.एच.एस. लाभार्थी कार्ड सं.	:	
	ग	कर्मचारी कोड सं:	:	
	घ	वार्ड पात्रता-निजी/अर्ध निजी/सामान्य:	:	
	ङ	पूरा पता	:	
	च	मोबाइल नं. एवं ई-मेल (GOV/NIC)	:	
	छ	मूल वेतन एवं वेतन लेवल	:	
2	क	मरीज का नाम	:	
	ख	मरीज का सी.जी.एच.एस. लाभार्थी कार्ड सं.	:	
	ग	मुख्य कार्ड धारक से संबंध	:	
3		अस्पताल/डायग्नोस्टिक/इमेजिंग सेंटर का नाम व पता जहां इलाज/टेस्ट करवाए गए हैं	:	
4		क्या अस्पताल/डायग्नोस्टिक/इमेजिंग सेंटर सी.जी.एच.एस. पैनल बद्ध हैं	:	हाँ/नहीं
5		उपचार जिसके लिए प्रतिपूर्ति दावा किया गया है	:	
	क	ओ.पी.डी. उपचार/परीक्षण और जांच	:	
	ख	इंडोर उपचार	:	
6		क्या इलाज आपात स्थिति में किया गया था	:	हाँ/नहीं
7		क्या इलाज के लिए पूर्व अनुमति ली गयी थी	:	हाँ/नहीं
8		क्या किसी स्वास्थ्य/चिकित्सा बीमा योजना की सदस्यता ली है, यदि हाँ, तो दावा/प्रतिपूर्ति की राशि	:	हाँ/नहीं
9		यदि कोई चिकित्सा अग्रिम लिया गया है तो उसका विवरण	:	
10		दावा की कुल राशि	:	
	क	ओ.पी.डी. उपचार	:	
	ख	इंडोर उपचार	:	
	ग	जांच/ परीक्षण	:	
11		बैंक का नाम :		बचत खाता सं. :
		ब्रांच MICR कोड :		IFSC कोड :

मैं एतद द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन में दी गयी सूचना मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है। मैं सीजीएचएस लाभार्थी हूँ और इलाज के समय मेरा सीजीएचएस कार्ड वैध था। मैं नियमों के तहत स्वीकार्य प्रतिपूर्ति के लिए सहमत हूँ।

दिनांक :	मुख्य कार्ड धारक के हस्ताक्षर
स्थान :	पदनाम :
	अनुभाग / निदेशालय :
	एटेंडेंस आई.डी. :
	बी.पी.एल. :

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 (GOV/NIC) :
Present Pay and Pay Level :
2. (a) Patient's Name :
(b) Patient's CGHS Ben ID No. :
(c) Relationship with the Principal CGHS card holder :
3. Name & address of the hospital / diagnostic center /
imaging center where treatment is taken or tests done:
4. Whether the hospital/diagnostic/imaging center is
empanelled under CGHS : Yes/No
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 treatment : Yes/No
8. Whether subscribing to any health/medical insurance : Yes/No
scheme, If yes, amount claimed/received
9. Details of Medical Advance taken, if any :
10. **Total amount claimed**
(a) OPD Treatment :
(b) Indoor Treatment :
(c) Tests/Investigation :
11. Name of the Bank : SB A/c No.:
Branch MICR Code: 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

Designation :

Section/Dte.:

Attendance ID:

BPL:

संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज / Documents to be attached

- 1 कर्मचारी के सी.जी.एच.एस. कार्ड एवं रोगी के सी.जी.एच.एस. कार्ड की प्रति / Photocopy of the CGHS Card of the employee alongwith the patient's CGHS Card.
- 2 अनुमति पत्र की प्रति, यदि कोई है / Copy of permission letter, if any.
- 3 आपातकालीन स्थिति में, आपातकालीन सर्टिफिकेट (मूल प्रति)/ Emergency certificate (original), in case of emergency.
- 4 डिस्चार्ज विवरण की प्रति /Copy of the discharge summary.
- 5 एम्बुलेंस सर्टिफिकेट (मूल प्रति), यदि कोई है तो / Ambulance Certificate (original), if any.
- 6 दावा की गयी राशि की प्रतिपूर्ति के लिए मूल बिल / कैश मेमो / वाउचर आदि / Original bills /cash memo/ vouchers etc. for the reimbursement amount claimed.

महत्वपूर्ण /IMPORTANT

जहाँ लागू हो, निम्नलिखित सूचना/दस्तावेज जमा कराना सुनिश्चित करें /Kindly ensure to provide the following information/ documents, wherever applicable:

- 1 अस्पताल/डाईग्नोस्टिक/इमिजिंग केंद्र से जांच की सारी सूचना प्राप्त करें (प्रत्येक टेस्ट का पूरा विवरण और दर तथा टेस्ट की सटीक संख्या, एक्सरे फिल्म आदि) क्योंकि दावा की गयी राशि की प्रतिपूर्ति प्रत्येक टेस्ट के लिए निर्धारित सी.जी.एच.एस. की दर से परिकलित की जाएगी / 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.
- 2 मूल पेपर खो जाने की स्थिति में, अनुलग्नक I के अनुसार शपथपत्र भरकर जमा करें | बिल की सभी प्रतिलिपियां उपचार करने वाले डाक्टर / विशेषज्ञ से स्थापित करवाएँ / 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.
- 3 कार्ड धारक की मृत्यु होने की स्थिति में, दावा की गयी राशि की प्रतिपूर्ति के लिए अनुलग्नक II के अनुसार शपथपत्र भरकर संलग्न करें / In case of death of the card holder, Affidavit as per Annexure-II to be filled and attached to claim reimbursement.
- 4 इम्प्लैन्ट की स्थिति में, इम्प्लैन्ट की क्रम सं. सहित बिल नं. एवं स्टिकर संलग्न करें / In case of implants, invoice No. alongwith sticker with serial number of the implant to be attached.
- 5 कोरोनरी स्टेंट की स्थिति में, स्टेंट के बाहरी पाउच संलग्न करें / In case of Coronary Stents, outer pouch of stents is to be enclosed.
- 6 पेसमेकर/आई सी डी आदि के प्रतिस्थापन की स्थिति में, पूर्व पेसमेकर/आई सी डी के वारंटी सर्टिफिकेट की प्रति संलग्न करें/ In case of replacement of pacemaker / ICD etc. copy of the warranty certificate of earlier pacemaker / ICD may be enclosed.

नोट: सी.जी.एच.एस. सुविधाओं का दुरुपयोग करना एक आपराधिक जुर्म है। जानबुझकर तथ्यों को दबाने और झूठा विवरण देने पर दंड संहिता के तहत सी.जी.एच.एस. कार्ड रद्द किया जा सकता है। सेवारत कर्मचारियों के संबंध में उपयुक्त अनुशासनात्मक कार्रवाई की जाएगी।

Note: Misuse of CGHS facilities is a criminal offence. Penal action including cancellation on CGHS card may be taken in case of employees.