



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश

ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RISHIKESH

कर्मचारी स्वास्थ्य योजना

चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र

EMPLOYEE HEALTH SCHEME

MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM FORM

(ईएचएस कार्ड धारक द्वारा अंग्रेजी के बड़े अक्षरों में भरा जाए)

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

1. (a) ईएचएस कार्ड धारक का नाम/Name of the EHS card Holder -
(b) ईएचएस कार्ड नंबर/EHS Card Number-
(c) कर्मचारी कोड नंबर/Employee Code Number -
(d) किस वार्ड के पात्र हैं - प्राइवेट / सेमी-प्राइवेट / जनरल वार्ड/Ward Entitlement – Pvt./Semi-Pvt./General -
(e) पूरा पता/Full Address -
(f) मोबाइल नं., टेलीफोन नंबर तथा ई-मेल/Mobile telephone number and e-mail -

2. (a) रोगी का नाम/Patient's name -
(b) रोगी का ईएचएस नंबर/Patient's EHS Number -
(c) ईएचएस कार्ड धारक के साथ रोगी का संबंध/Relationship with the EHS Card holder -

3. उस हॉस्पिटल/डायग्नोस्टिक सेंटर/इमेजिंग सेंटर का नाम तथा पता जहां से उपचार कराया गया/Name & address of the hospital/diagnostic center/ Imaging center where treatment was taken -

4. क्या उक्त हॉस्पिटल/डायग्नोस्टिक सेंटर/इमेजिंग सेंटर ईएचएस के अन्तर्गत सूचीबद्ध है
Whether the hospital/diagnostic/ imaging center is Empaneled under EHS. हां/नहीं
Yes/No

5. वह उपचार जिसके लिए प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है/Treatment for which reimbursement claimed-
(a) ओपीडी ट्रीटमेंट/टेस्ट तथा जांचें/OPD Treatment / Test & investigations
(b) इनडोर ट्रीटमेंट/Indoor Treatment

6. क्या आपातकाल की स्थिति में उपचार लिया गया था
Whether treatment was taken in emergency- हां/नहीं
Yes/No

7. क्या उपचार के लिए पूर्व अनुमति ली गई थी-
Whether prior permission was taken for the treatment- हां/नहीं
Yes/No

8. क्या कोई हेल्थ/चिकित्सा बीमा स्कीम ले रखी है यदि हाँ तो दावा की गई या प्राप्त राशि बताएं
Whether subscribing to any health/medical Insurance- हां/नहीं
Scheme, if yes amount claimed/received..... Yes/No

9. यदि कोई मेडिकल एडवांस लिया है तो उस का विवरण दें
Details of Medical Advance taken, if any-

10. दावा की गई कुल राशि/Total amount Claimed -

(a) ओपीडी ट्रीटमेंट/OPD Treatment -

(b) इनडोर ट्रीटमेंट/Indoor treatment -

(c) टेस्ट/जांच Test/Investigation -

11. बैंक का नाम/Name of the Bank

बचत खाता संख्या/SB A/C Number

शाखा का एमआईसीआर कोड/Branch MICR Code

आईएफएससी कोड/IFSC Code

घोषणा Declaration:-

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दी गई सूचनाएं मेरी जानकारी तथा विश्वास के अनुसार सत्य हैं तथा जिस व्यक्ति पर चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूरी तरह मुझ पर निर्भर है। मैं ईएचएस लाभार्थी हूँ तथा उपचार के समय मेरा ईएचएस कार्ड वैध था। मेरा मासिक ईएचएस अंशदान मेरे वेतन से कट रहा है। मैं नियमों के अन्तर्गत आने वाली प्रतिपूर्ति राशि प्राप्ति हेतु सहमत हूँ।

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 EHS beneficiary and the EHS card was valid at the time of treatment. My monthly EHS contribution is deducting from my salary .I agree for the reimbursement as is admissible under the rules.

दिनांक / Date

स्थान/ Place

ईएचएस कार्ड धारक के हस्ताक्षर

Signature of the EHS Card Holder

महत्वपूर्ण सूचना IMPORTANT-

जहां आवश्यक हो वहां पर कृपया निम्नांकित सूचना/ कागजात उपलब्ध करना सुनिश्चित करें -

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

- A. अस्पताल/डायग्नोस्टिक सेंटर/इमेजिंग सेंटर से जांच का ब्यौरा प्राप्त करें (व्यक्तिगत परीक्षणों का विवरण और दरें प्रदान करें एवं परीक्षणों की सटीक संख्या, एक्स-रे फिल्में आदि बताएं) क्योंकि प्रतिपूर्ति राशि की गणना प्रति परीक्षण स्वीकृत सीजीएचएस/एम्स दरों के अनुसार की जाती है।
Obtain Break up of investigations from the hospital/diagnostic center/Imaging center (details and rates of individual tests and the exact number of tests, X-ray films, etc.) as the reimbursement amount is calculated as per approved CGHS/AIIMS Rates per test.
- B. उपचार से संबन्धित मूल प्रपत्रों (ओरिजनल पेपर्स) के खो जाने की स्थिति में इस प्रपत्र के साथ दिये गए अनुलग्नक I के अनुसार शपथ पत्र (एफ़िडेविट) जमा करें। बिलों की ए-फोर फोटोकॉपियां उपचार करने वाले डॉक्टर/विशेषज्ञ द्वारा सत्यापित (अटेस्टेड) होनी चाहिए।
In case of loss of original papers, Affidavit as per Annexure I to be submitted. A4 photocopies of the bills to be attested by the treating doctor/specialist.
- C. कार्ड धारक की मृत्यु हो जाने की दशा में इस प्रपत्र के साथ दिये गए अनुलग्नक II के अनुसार शपथ पत्र (एफ़िडेविट) भरकर प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र के साथ संलग्न करें।
In case of death of the card holder, Affidavit as per Annexure II to be (filled and attached to claim reimbursement.
- D. अंग प्रत्यारोपण (इंप्लांट) किए जाने की स्थिति में प्रत्यारोपण की क्रम संख्या सहित बिल नंबर के साथ स्टिकर संलग्न करें।
In case of implants, Invoice No. along with sticker with serial number of the implant to be attached.
- E. कोरोनरी स्टेंट लगाए जाने की स्थिति में स्टेंट का बाह्य खोल (आउटर पॉउच) संलग्न करें।
In case of coronary Stents, outer pouch of stents is to be enclosed.
- F. पेसमेकर/ आईसीडी आदि के बदले जाने की स्थिति में पहले लगे पेसमेकर/आईसीडी 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.

अनुलग्नक - I

Annexure-I

दावा प्रपत्र बिलों की दूसरी प्रति (डुप्लीकेट कॉपी) प्राप्त करने के लिए स्टाम्प पेपर पर शपथ पत्र (एफिडेविट) का प्रारूप
Draft for Affidavit for duplicate Claim papers bills on stamp paper

मैं.....पुत्र/पत्नी/पुत्री श्री..... निवासी.....
.....घोषणा करता/करती हूँ कि उपचार
संबन्धित मूल कागजात (ओरिजनल पेपर) कहीं खो गए हैं जो ढूँढने पर भी नहीं मिल पा रहे हैं। मैं वचन देता हूँ कि मैंने
किसी भी स्रोत से उन मूल कागजातों (ओरिजनल पेपर्स)/ क्लेम पेपर्स का भुगतान नहीं लिया है और यदि भविष्य में वो
मूल कागजात (ओरिजनल पेपर) मिल जाते हैं तो मैं इन मूल कागजातों के आधार पर कोई दावा भुगतान नहीं लूँगा, यदि
किसी कारणवश भविष्य में इन मूल कागजातों के भुगतान का चेक मुझे मिल जाता है तो मैं तुरन्त उस चेक को सक्षम
अधिकारी को वापस लौटा दूँगा।

I.....son/wife/daughter ofand resident of
.....have lost/misplaced
the original paper and the same are not traceable. I hereby give an undertaking that I have not
received any payment against the original bills/claim paper from any source and that if the
original papers are traced. I shall not stake claim against original bills in future and that in the
event, I receive any cheque against the original bills in future, I shall return the same to
competent authority.

हस्ताक्षर
Signature

नोटरी पब्लिक द्वारा सत्यापित
Verified by Notary public

ईएचएस कार्ड धारक की मृत्यु हो जाने की दशा में दावा चिकित्सा प्रतिपूर्ति के लिए
स्टाम्प पेपर पर शपथ-पत्र के लिए ड्राफ्ट

Draft for Affidavit on Stamp Paper for claim medical reimbursement
IN CASE DEATH OF A EHS CARD HOLDER

मैं.....पति/पत्नी/पुत्र/पुत्री स्वर्गीय श्री/श्रीमती
निवासी मेरे पति/पत्नी/पिता/माता स्वर्गीय श्री/श्रीमती.....
जिनका देहान्तको हो गया था, के उपचार से संबंधित व्यय ब्यौरा चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु प्रस्तुत कर
रहा/रही हूँ। (मृत्यु प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न है)
स्वर्गीय श्री/श्रीमती..... ने अपने पीछे निम्नलिखित विधिक उत्तराधिकारियों को छोड़ा है,
यदि मुझे पूरी प्रतिपूर्ति राशि का भुगतान कर दिया जाता है, तो उन्हें कोई आपत्ति नहीं होगी।

I.....Husband/Wife/Son/Daughter of late.....
and resident of.....hereby submit the medical reimbursement claim
pertaining to treatment of my husband/wife/father/mother late shri/smt.....
who has expired on.....(Copy of Death Certificate is enclosed)

Late Shri/Smthas left behind the following other legal heirs, none of
whom have any objection if the entire reimbursement amount is paid to me.

स्टाम्प पेपर पर अन्य विधिक उत्तराधिकारियों द्वारा हस्ताक्षरित अनापत्ति प्रमाण पत्र संलग्न है।
No Objection Certificate signed by other legal heirs on Stamp paper is enclosed.

साक्षी:
Deponent.

नोटरी पब्लिक द्वारा प्रमाणित
Attested by Notary Public.

स्टाम्प पेपर पर अनापत्ति प्रमाण पत्र के लिए ड्राफ्ट
Draft for No Objection Certificate to Stamp paper-

(I) हम..... पुत्र/पुत्री स्वर्गीय श्री.....

(II) पुत्र/पुत्री..... स्वर्गीय श्री.....

(II).....

IV).....

स्वर्गीय श्री/श्रीमती..... के उपचार से संबन्धित सम्पूर्ण प्रतिपूर्ति राशि का भुगतान श्री/श्रीमती..... को दिए जाने पर स्व श्री/श्रीमती के वैध उत्तराधिकारी होने के बावजूद हमें कोई आपत्ति नहीं है।

(I) We _____ S/O, _____ D/O _____

late Shri _____

(II) S/o _____ D/o _____

Late Shri _____

(III) _____

(IV) _____

Being the legal heir of Late Shri/Smt _____ have no objection if the entire amount reimbursable pertaining to the treatment of late Shri/ Smt _____ is paid to Shri/Smt _____

(i) हस्ताक्षर / Signature

नाम / Name

पता / Address

(ii) हस्ताक्षर / Signature

नाम / Name

पता / Address

(iii) हस्ताक्षर / Signature

नाम / Name

पता / Address

नोटरी पब्लिक द्वारा सत्यापित

Verified by Notary Public