



भारतीय सामाजिक विज्ञान अनुसंधान परिषद्

शिक्षा मंत्रालय, जे.एन.यू. संस्थागत क्षेत्र,

अरुणा आसफ अली मार्ग, नई दिल्ली-110067

चिकित्सा दावों की प्रतिपूर्ति हेतु जाँच-सूची

1.	चिकित्सा पहचान-पत्र संख्या	:	
2.	चिकित्सा पहचान-पत्र की वैधता एवं पात्रता	:	दिनांक से तक
		:	निजी/अर्ध-निजी (सेमी प्राइवेट)/सामान्य
3.	कार्डधारक का पूरा नाम	:	
4.	निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किए गए हैं	:	
	{कृपया संबंधित कॉलम में (✓) का चिह्न लगाएँ}	:	
	(क) चिकित्सा प्रपत्र 2004	:	हाँ / नहीं
	(ख) चिकित्सा पहचान-पत्र की प्रति (फोटोकॉपी)	:	हाँ / नहीं
	(ग) मूल बिलों की संख्या	:	
	(घ) डिस्चार्ज सारांश की प्रति (फोटोकॉपी)	:	हाँ / नहीं
	(ङ) विशेषज्ञ/सी.एम.ओ. द्वारा किए गए संदर्भ (रेफरल) की प्रति	:	हाँ / नहीं
	(च) क्या अस्पताल ने प्रयोगशाला जाँच का मदवार-विवरण (ब्रेकअप) दिया है	:	हाँ / नहीं
	(छ) यदि मूल कागजात उपलब्ध नहीं हैं, तो निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किए गए हैं—		
	I. दावे से संबंधित कागजात की प्रति (फोटोकॉपी)	:	हाँ / नहीं
	II. स्टाम्प पेपर पर शपथ-पत्र	:	हाँ / नहीं
	(ज) कार्डधारक की मृत्यु की स्थिति में निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत किए गए हैं—		
	I. दावेदार द्वारा स्टाम्प पेपर पर शपथ-पत्र	:	हाँ / नहीं
	II. अन्य कानूनी उत्तराधिकारियों की ओर से स्टाम्प पेपर पर अनापति प्रमाण-पत्र	:	हाँ / नहीं
	III. मृत्यु प्रमाण-पत्र की प्रति	:	हाँ / नहीं
5.	यदि लंबे समय से नियमित उपचार चल रहा है (जिसका बिल पूर्व में प्रतिपूर्ति किया गया है)	:	दिनांक से तक

दावेदार के हस्ताक्षर:

नाम :

पदनाम :

दिनांक :

केंद्रीय सेवा चिकित्सा उपस्थिति (सीएसएमए) के लाभार्थियों के चिकित्सा दावों की प्रतिपूर्ति हेतु चिकित्सा प्रपत्र 2004

(दावेदार द्वारा भरा जाना है)

1. मूल वेतन :
2. अस्पताल का नाम एवं पता :
(क) बाह्य उपचार एवं जाँच :
(ख) अंतः रोगी (इनडोर) उपचार :
3. भर्ती होने की तारीख डिस्चार्ज होने की तारीख (केवल अंतःरोगी उपचार के मामले में)
4. संदर्भ (रेफरल) का विवरण :

} (दावा की गई राशि रुपये में)

क. व्यक्तिगत/परिवार/रोगी का विवरण

क्र.सं.	रोगी का नाम	आयु	संबंध	डॉक्टर का नाम	अस्पताल का नाम

ख. दावे का विवरण

क्र.सं.	दिनांक	बिल सं.	विवरण	राशि (रुपये में)	टिप्पणियां
कुल दावा की गई राशि					
अग्रिम राशि, यदि कोई हो					
दावा की गई कुल राशि					

घोषणा

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन में दिए गए विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सत्य हैं तथा जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है, वह पूर्णतः मुझ पर आश्रित है। मैं सीएसएमए का लाभार्थी हूँ और उपचार के समय मेरा चिकित्सा पहचान-पत्र वैध था। मैं नियमों के अंतर्गत स्वीकार्य प्रतिपूर्ति हेतु सहमत हूँ।

दिनांक :

दावेदार के हस्ताक्षर

टिप्पणी: चिकित्सा/सीएसएमए सुविधाओं का दुरुपयोग एक आपराधिक कृत्य है। तथ्यों को जानबूझकर छिपाने अथवा गलत विवरण प्रस्तुत करने की स्थिति में चिकित्सा पहचान-पत्र निरस्त करने सहित उचित कार्रवाई की जाएगी। साथ ही, उपयुक्त अनुशासनात्मक कार्रवाई भी की जाएगी।