

(आवेदक द्वारा भरने हेतु : प्रत्येक रोगी के लिए अलग दावा प्रस्तुत करें, जहां आवश्यक हो वहां कृपया अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें)
(To be filled in by the applicant: separate claim for each patient: where necessary please attach additional sheet)

चिकित्सा खर्च की प्रतिपूर्ति हेतु दावा
CLAIM FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES

(बाह्य रोगी के रूप में पर उपचार / Treatment as an outpatient)

1. आवेदक का /Applicant's क/ा) नाम /Name :
ख/ब) पदनाम /Designation :
ग/स) प्रभाग /Division इकाई /Unit :
घ/द) वर्तमान वेतन /Present pay :
च/े) संग.संकेत संख्या /Comp. Code No. :
छ/फ) कर्मचारी संख्या /Employee No. :
2. आवासीय पता /Residential address :
3. (क/ा) रोगी का नाम /Name of the patient :
(ख/ब) दावेदार के साथ संबंध /Relationship with the claimant :
4. अंशदायी स्वास्थ्य सेवाएं योजना कार्ड संख्या /CHSS Card No. :
5. कृपया अंशदायी स्वास्थ्य सेवाएं योजना सुविधाओं का लाभ न ले सकने का कारण बताएं / Please state why you could not avail of CHSS facilities :
6. चिकित्सीय आपातकाल की घटना का स्थान एवं तारीख
Date and place of occurrence of medical emergency :
7. क्या अंशदायी स्वास्थ्य सेवा योजना को 4 दिन के अंदर सूचित किया गया ? यदि हाँ तो किसे (यदि ऐसा नहीं किया गया तो कृपया कारण बताएं) Whether reported to CHSS within 4 days, if so, to whom (if this was not done, please state the reasons) :
8. डाक्टर का नाम, योग्यता एवं पता जिससे उपचार कराया गया
Name, qualification and address of the doctor from whom treatment availed of :
9. कृपया घर पर उपचार लेने की तारीख बताएं
Please state the date on which treatment was taken at home. :
10. उपचार की अवधि /Period of treatment : से /From: _____ तक /to: _____
11. 'अनुमोदित औषध विक्रेता' के अलावा यदि किसी औषध-विक्रेता से औषधियाँ ली हों तो कृपया उसका संक्षिप्त रूप से कारण बताएं
If medicines have been brought from a a chemist other than an 'approved shop', please give brief reasons. :
12. यदि उपचार बाद में अंतरंग रोगी के रूप में भी लिया गया हो तो उसका ब्यौरा कृपया एलईएस प्रपत्र 3में दें /If followed by in-patient treatment please give details of claim :
is covered in in-patient treatment in LES Form 3

13. किए गए खर्च का ब्यौरा /Details of expenses incurred

| क) परामर्श (इसमें व्यावसायिक सेवा प्रभार शामिल है) | संख्या | दिनांक | राशि |
|--|----------------------------|--------|---------------------------------|
| a) Consultation (including professional : Service charges) | Nos | Date | Amount |
| i) रोगी के निवास स्थान पर (विजिट) At home of the patient (visits) : | _____ | _____ | _____ |
| ii) क्लिनिक पर / At the clinic : | _____ | _____ | _____ |
| ख /b) इंजेक्शन प्रभार /Injection charges : | | | Rs. _____ |
| ग /c) इंजेक्शन का मूल्य /Cost of injections : | | | Rs. _____ |
| घ /d) डाक्टर द्वारा दी गई औषधियाँ आदि Medicines, etc. supplied by Doctor : | | | Rs. _____ |
| च /e) औषध-विक्रेता से खरीदी गई औषधियाँ (कैश मेमों केवल प्राइवेट डाक्टर द्वारा ही प्रतिहस्ताक्षरित किया जाए) Medicines purchased from Chemists: shops (cash memos to be counter- signed by the private doctor only) | | | Rs. _____ |
| छ) ली गई एक्स-रे की संख्या | एक्स-रे का कुल प्रभार | | रु. _____ |
| f) Number of X-rays taken प्रत्येक एक्स-रे का प्रभार charges for each X-ray. | : Total charges for X-rays | | Rs. _____ |
| ज /g) मरहम पट्टी /स्यूचर (टांका) Dressing/Suturing charges : | | | रु. _____ Rs. _____ |
| झ) पैथालॉजी जांचों की संख्या | कुल प्रभार | | रु. _____ |
| h) Number of pathology tests प्रति जांच दर / charges for each test | : Total charges | | Rs. _____ |
| य /i) अन्य प्रभार /Other charges : | | | रु. /Rs. _____ Rs. _____ |

संलग्नकों की संख्या /Number of enclosures:

(कृपया पिन या स्टेपल का प्रयोग करें / Please use pin or staples)

हस्ताक्षर /Signature : _____

दिनांक / Date : _____

सेवा में /To:

सहा.कार्मिक अधि./प्रशा.अधि.II(सीएचएसएस)

APO/AO-II(CHSS)

प्रपत्र 1 - ए / PROFORMA 1 - A

डाक्टर का नाम तथा योग्यताएं
Name and qualifications of the doctor

पता / Address:

प्रमाणपत्र / CERTIFICATE

प्रमाणित किया जाता है कि _____ का दिनांक _____ से _____ तक की
अवधि के दौरान चिकित्सकीय आपातस्थिति में _____ के लिए उपचार किया गया । डाक्टरी जांच के अनुसार उनमें
_____ की शिकायत पाई गई । मेरे विचार में, यदि चिकित्सकीय एवं विद्यमान परिस्थितियों में तुरन्त चिकित्सकीय
सहायता नहीं दी गई होती तो उपरोक्त रोगी के स्वास्थ्य पर गंभीर खतरा /जोखिम या क्षतिकर परिणाम हो सकते थे । * बीमारी की गंभीरता को
देखते हुए रोगी के घर पर जाकर इलाज करना आवश्यक था जिसके लिए उसका घर पर ही रहना जरूरी था । मेरा बिल, जिसका भुगतान हो
चुका है, निम्नलिखित है ।

Certified that _____ was treated in a medical
emergency during the period from _____ to _____ for
_____ and the clinical findings are
_____. In my opinion but for the immediate
medical aid given there would have been, on the basis of medical and attendant considerations, a
serious danger/hazard of severe or deleterious consequence to the health of the above patient.
* The home visits were necessary in view of the severity of the ailment, which require the patient to
be confined at home. My bill, which has been paid, is as follows:

| | <u>बिल /Bill</u> | <u>राशि /Amount</u> | | |
|----|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. | परामर्श (इसमें व्यावसायिक सेवा प्रभार शामिल है) Consultation (including professional Service charges) | <u>आवृत्ति</u> <u>Nos</u> | <u>दिनांक</u> <u>Date</u> | <u>राशि</u> <u>Amount</u> |
| | क /a) रोगी के निवास स्थान पर (विजिट) At home of the patient (visits): | _____ | _____ | _____ |
| | ख /b) क्लिनिक पर / At the clinic : | _____ | _____ | _____ |

2. औषध विक्रेता से खरीदी गई निर्धारित औषधियों के नाम
Names of medicines bought from Chemist's shop/prescribed
(कृपया स्पष्ट अक्षरों में लिखें / Please write clearly)

| | <u>परिमाण /Quantity</u> | <u>राशि /Amount</u> |
|----|-------------------------|---------------------|
| a) | _____ | रु./Rs. _____ |
| b) | _____ | रु./Rs. _____ |
| c) | _____ | रु./Rs. _____ |
| d) | _____ | रु./Rs. _____ |
| e) | _____ | रु./Rs. _____ |

3. चिकित्सा केंद्र में दी गई औषधियों / टेबलेटों / पाउडर / के नाम (कृपया स्पष्ट अक्षरों में लिखें) Names of medicines/tablets/powders/mixtures dispensed at the Medical Centre (Please write clearly)

_____ रु./Rs. _____
 _____ रु./Rs. _____
 _____ रु./Rs. _____
 _____ रु./Rs. _____

4. इंजेक्शन के ब्यौरे (कृपया स्पष्ट अक्षरों में लिखें) / Details of injections (Please write clearly)

| नाम /NAME | क /A इंजेक्शनों की संख्या No. of injections | ख /B इंजेक्शनों का मूल्य Cost of injections | ग /C इंजेक्शन देने के लिए लिया गया प्रभार / Charges for administering injection |
|-----------|--|--|--|
| क /a) | | | |
| ख /b) | | | |
| ग /c) | | | |
| घ /d) | | | |
| च /e) | | | |

5. अन्य मदें / Other items:

6. लिए गए एक्स-रे की संख्या
No. of X-rays taken _____ } कुल /Total रु./Rs. _____
 प्रति एक्स-रे प्रभार _____
 Charges for each X-ray _____

7. मरहम पट्टी / टांका (स्यूचरिंग शुल्क)
Dressing/suturing charges _____ रु./Rs. _____

8. नैदानिक जांच की संख्या
No. of pathology tests _____ } कुल /Total रु./Rs. _____
 प्रत्येक जांच प्रभार _____
 Charges for each test _____

9. अन्य प्रभार /Other charges _____ रु./Rs. _____

कुल /Total रु./Rs. _____

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त बिल में कोई टॉनिक, आहार या प्रसाधन की मदें शामिल नहीं हैं ।
 Certified that no tonics as such, food or toiletry items form part of the above bill.

भुगतान प्राप्त किया _____ हस्ताक्षर (बिल के लिए) _____
 Received payment _____ Signature (for the bill) _____
 दिनांक /Date: _____

* हस्ताक्षर (भुगतान के लिए) : _____
 Signature (for payment) : _____
 दिनांक /Date : _____

* रु.500/- से अधिक भुगतान हेतु 1 रुपये का रेवेन्यू टिकट लगायें / 1 Re. Revenue stamp for payment exceeding Rs.500/-.

रसीद / RECEIPT

सीएचएसएस संख्या / CHSS No. _____

दिनांक/Date _____

मेरी औषधियों/सीएचएसएस बिलों के मूल्य हेतु रु. _____ (रुपये _____)

लेखा अधिकारी, भापअ केंद्र, ट्राम्बे, मुंबई - 400 085 से प्राप्त हुए।

Received from Accounts Officer, BARC, Trombay, Mumbai - 400 085 a sum of Rs. _____

(Rupees _____) towards cost of

medicines/CHSS Bills due to me.

बैंक का नाम / Name of Bank _____

शाखा का पता / Branch Address _____

वचत खाता संख्या / S.B. A/c. No. _____

आईएफएससी कोड संख्या / IFSC Code No. _____

हस्ताक्षर / Signature

नाम / Name : _____

यदि दावा रु.5,000/- से अधिक का हो तो कृपया रु.1/- का राजस्व टिकट लगाएं /
Please affix Revenue stamp of Rs.1/- if the claim exceeds Rs.5,000/-.

भाग -III- लेखा प्रभाग में उपयोग के लिए / Part-III- For use in Accounts Division

रु. _____ के भुगतान हेतु स्वीकृत एवं पारित / Admitted and passed for payment of Rs. _____

संबंधित सहायक / D.A.

सहायक लेखाकार / A.A.

सहायक लेखा अधिकारी / A.A.O.

CHECK LIST FOR LES 1 & LES 3 CLAIMS

- | | | | |
|--|---|---------------------------------|--|
| 1. Outpatient fill LES 1 & 1A form for <u>OPD</u> treatment. | } | Put 'X' whichever is applicable | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| 2. Inpatient fill LES 3 & 3A for <u>inpatient</u> treatment. | } | | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| 3. Reported the case to dispensary within 4 days of its occurrence. | | | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="YES/NO"/> |
| 3a. If No, details thereof for delay. | | | |
| 4. Submission of form within one month from the day of discharge. | | | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="YES/NO"/> |
| 4a. If No, details thereof for delay. | | | |
| 5. Signature of the employee/retd. empl./spouse of deceased empl. in the LES 1/LES 3 form. | | | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="YES/NO"/> |
| 5a. Signature of private Doctor with Name, Regn No., Qualification, and Rubber stamp on form 1A / form 3A obtained. | | | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="YES/NO"/> |
| 5b. Clinical findings mentioned on the form 1A/form 3A. | | | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="YES/NO"/> |
| 5c. Bank details furnished with Revenue Stamp (for claim above ₹ 5000/-) for the retired employee. | | | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="YES/NO"/> |
| 6. Reasons furnished for availing OPD/In-patient treatment exceeding 7 days/15 days alongwith claim, (if applicable). | | | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="YES/NO"/> |
| 7. Xerox copy of CHSS card (both sides) of Parents/Children above 18 yrs/Retd. empl./beneficiaries of deceased empl. | | | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="YES/NO"/> |
| 8. Whether followup treatment has been taken from BARC Hospital. | | | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="YES/NO"/> |
| 9. Enclosure viz. (a) Original Hospital Bill (b) Prescription of purchase of medicine (c) Original cash memos with signature and stamp (d) Details of pathology tests (e) Breakup of disposables, if any (f) Breakup of consumables, if any (g) Discharge Summary (Xerox copy) (h) Clinical notes from the Hospital where the patient was admitted (i) Reports of MRI/CT Scan if any. (Any test or items/procedure performed which is not included in the form may please be mentioned before the calculation of the expenses). | | | |

NOTE :

1. If the inpatient treatment is taken outside Greater Mumbai, (only in case of emergency) by the retired employee. The claim, may please be preferred in MED 97 A under CSMA Rules 1944 and send to Accounts Section of the Unit concerned. Emergency Certificate from the Hospital should be obtained and enclosed with the form.
2. Retired employees are not eligible for OPD treatment outside Greater Mumbai.
3. The claim will not be entertained if the qualification of doctor is BAMS/BHMS, which is not recognized under Indian Medical Council.
4. Total amount of the claim should be clearly mentioned in the appropriate column, all supporting bills mentioned as above should be enclosed.

Forms are available on BTS/BARC Website www.barc.gov.in