

व्यापक चिकित्सा योजना आई.ए.एस.टी/ COMPREHENSIVE MEDICAL SCHEME, IASST
चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र/ MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM FORM
मुख्य कार्डधारक द्वारा स्पष्ट अक्षरों में भरा जाए / (To be filled up by the Principal Cardholder in BLOCK LETTERS)

1. (क) मुख्य कार्ड धारक का नाम और पदनाम/
Name & Designation of the Principal Card Holder
(ख) मेडिकल कार्ड सं/ Medical Card No.
(ग) कर्मचारी/ शोधकर्ता आईडी सं/
Employee/Research Scholar ID No.
(घ) वार्ड पात्रता-प्रा./अर्ध-प्रा./सामान्य/
Ward Entitlement -Pvt./Semi-Pvt./General
(ङ) पूर्ण पता/ Full Address
(च) मोबाइल सं एवं ईमेल पता/
Mobile telephone No. and e-mail address
2. (क) रोगी का नाम/ Patient's Name
(ख) प्रधान कार्डधारक के साथ संबंध/
Relationship with the Principal card holder
3. अस्पताल/डायग्नोस्टिक सेंटर/इमेजिंग सेंटर का नाम और पता
जहां उपचार किया जाता है या परीक्षण किए जाते हैं/ Name &
address of the hospital/ diagnostic Centre/ imaging center
where treatment is taken or tests done
4. क्या अस्पताल/नैदानिक इमेजिंग केंद्र आईएसएसटी के पैनल
में शामिल है/ Whether the hospital/ diagnostic imaging center
is empanelled with IASST
5. उपचार जिसके लिए प्रतिपूर्ति का दावा किया गया/ Treatment
for which reimbursement claimed
(क) ओपीडी उपचार/परीक्षण एवं जांच/OPD Treatment
/Test & investigations
(ख) इनडोर उपचार/ Indoor Treatment
6. क्या आपातकालीन स्थिति में उपचार लिया गया था/ Whether
treatment was taken in an emergency
7. क्या उपचार के लिए पूर्व अनुमति ली गई थी/ Whether prior
permission was taken for the treatment
8. क्या आप किसी स्वास्थ्य/चिकित्सा बीमा योजना की सदस्यता
ले रहे हैं, यदि हाँ, तो दावा की गई/प्राप्त राशि/ Whether
subscribing to any health/medical insurance scheme, If yes,
amount claimed/received
9. लिए गए चिकित्सा अग्रिम का विवरण, यदि कोई हो/
Details of Medical Advances taken, if any

10. दावा की गई कुल राशि/ Total amount claimed

(क) ओपीडी उपचार/ OPD Treatment

(ख) आंतरिक उपचार/ Indoor Treatment

(ग) परीक्षण/ जांच/ Tests/Investigation

11. बैंक का नाम/ Name of the Bank

शाखा एमआईसीआर कोड/ Branch MICR Code

एसबी ए/सी नं/ SB A/C No

आईएफएससी कोड/ IFSC Code

घोषणा/ DECLARATION

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि आवेदन में दिए गए बयान मेरी सर्वोत्तम जानकारी 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 एक सीएमएस लाभार्थी हूँ और इलाज के समय मेडिकल कार्ड वैध था। मैं नियमों के तहत स्वीकार्य प्रतिपूर्ति के लिए 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 a CMS beneficiary and the Medical Card was valid at the time of treatment. I agree to the reimbursement as is admissible under the rules.

दिनांक/ Date:

स्थान/ Place:

प्रधान मेडिकल कार्डधारक के हस्ताक्षर

Signature of the Principal Medical Cardholder

अनिवार्य प्रमाणपत्र
ESSENTIALITY CERTIFICATE
प्रमाणपत्र 'ए' / Certificate 'A'
Med-103

श्रीमती/ श्री/ कुमारी को प्रमाणपत्र दिया जाता है
Certificate granted to Smt/ Sri/Kumari.....
श्री..... की पत्नी/ पुत्र/ पुत्री
Wife/son/daughter of Shri.....
..... में कार्यरत
Employed in the.....
प्रमाणपत्र 'ए'/CERTIFICATE 'A'

(इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती न होने वाले मरीजों के मामले में भरा जाना चाहिए)

(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)

1. डॉ.....इसके द्वारा प्रमाणित करते हैं।
Dr.....hereby certify.

(क) मैंने रोगी के निवास/ अपने परामर्श कक्ष में..... पर परामर्श के लिए
..... रूप का शुल्क लिया। (आगे दी जाने वाली तिथियां)

That I charged and received Rs.....
for consultation onat my consulting room/at the residence of the patient
(Dates to be given)

(ख) मैंने रोगी के निवास/ अपने परामर्श कक्ष में..... पर इंट्रामस्क्युलर (अंतरापेशी)
उपचर्म इंजेक्शन का प्रबंध..... के लिए रूप का शुल्क लिया। (आगे दी जाने
वाली तिथियां)

That I charged and received Rs..... for
administering.....Intra-muscular subcutaneous injections onat
my consulting room/at the residence of the patient.
(Dates to be given)

(ग) कि ये प्रबंधित इंजेक्शन मात्र इंजेक्शन है इनका प्रयोग टीकाकरण या प्रोफिलेक्टिक के लिए नहीं किया
जाता है।

That the injections administered were/were not for immunising or prophylactic purpose.

(घ) कि रोगी..... अस्पताल/ मेरे परामर्श कक्ष में इलाज कर रहा है और इस संबंध
में मेरे द्वारा निर्धारित उल्लेखित दवाएं रोगी की स्थिति में सुधार/ गम्भीर क्षय की रोकथाम के लिए
आवश्यक थी। उल्लेखित दवाइयों को निजी रोगियों की आपूर्ति के लिए (अस्पताल का नाम)
..... में नहीं रखा जाता है।

That the patient has been under treatment at hospital/my consulting room
and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for
the recovery/ prevention of serious deterioration in eh condition of the patient. The medicines
are not stocked in the (Name of the Hospital)..... For the supply to
private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of
equal therapeutic value are available not preparations which are primarily food, toilets or
disinfectants:

क्र. सं Sl.No.	दवाई का नाम Name of medicines	रु Rs.	पैसे p.	क्र. सं Sl.No.	दवाई का नाम Name of Medicines	रु Rs.	पैसे P.

(ड) कि रोगी पीड़ित था और/ मेरे इलाज के तहत
..... से तक था।

That the patient is/ was suffering from.....and is/was under my treatment
from..... to

(च) कि रोगी को प्री-नेटल (जन्म)/ पोस्ट- नेटल(प्रसव उपरांत) उपचार नहीं दिया गया था।

That the patient is/was not given pre-natal or post-natal treatment.

(छ) कि एक्स- रे, प्रयोगशाला परीक्षण इत्यादि जिसके लिए रूप का व्यय आवश्यक
था और (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम) में मेरी सलाह पर किया
गया था।

That the X- Ray, Laboratory test etc. for which an expenditure of Rs.....
was incurred were necessary and were undertaken on my advice
at..... (Name of Hospital or Laboratory)

(ज) कि मैंने रोगी को विशेषज्ञ परामर्श के लिए डॉ. को रेफर किया और
..... (मुख्य प्रशासकीय चिकित्सा अधिकारी का नाम) की नियमों के तहत
आवश्यक स्वीकृति को प्राप्त किया।

That I referred the patient to Dr..... for specialist
Consultation and that the necessary approval of the as
(Name of the Chief Administrative Medical Officer) required under the rules was obtained.

(झ) कि रोगी को अस्पताल में भर्ती करने/ भर्ती न करने की आवश्यकता है।

That the patient did not require/ required hospitalisation.

दिनांक/ Date: -

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम तथा संलग्न
अस्पताल/ दवाखाना

Signature and Designation of the Medical Officer and
the Hospital/ Dispensary to which attached.

टिप्पणी: जो प्रमाण पत्र उपयोगी नहीं है उन्हें हटा दिया जाए, प्रमाणपत्र 'ए' अनिवार्य है और सभी मामलों में
चिकित्सा अधिकारी द्वारा फाइल किया जाना चाहिए।

N.B. certificate not applicable should be struck off Certificate 'A' is compulsory and must be file in by
the Medical Officer in all cases.

प्रपत्र केंद्र, कलकत्ता- 54

Forms Centre, Cal- 54.

अनिवार्य प्रमाणपत्र
ESSENTIALITY CERTIFICATE
प्रमाणपत्र 'बी'/ CERTIFICATE 'B'

मेड/Med: 104

(उन रोगियों के मामलों में पूरा करना है जो इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती हुए हैं)
(To be completed in the case of patient who are admitted to hospital for treatment)

..... में नियोजित श्री..... की पत्नी/पुत्र/पुत्री
श्रीमति/श्रीमान/कुमारी..... को प्रमाणपत्र दिया जाता है।

Certificate granted to Mrs/Mr/Miss.....
Wife /son/ daughter of Shri.....
Employed in the

भाग 'ए'/ Part 'A'

(अस्पताल में मामले के प्रभारी मेडिकल अधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित किया जाना है)
(To be signed by the Medical Officer in- charge of the case at the hospital)

मैं, डॉ.....एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ:-
I, Dr..... hereby certify: -
(क) कि रोगी को मेरी सलाह पर अस्पताल में भर्ती कराया गया.....
That the patient was admitted to hospital on my advice of

(मेडिकल अधिकारी का नाम/ Name of Medical Officer)

(ख) कि रोगी..... उपचार के तहत है और इस संबंध में मेरे द्वारा
निर्धारित उल्लेखित दवाओं जो रोगी की स्थिति में गंभीर गिरावट की रोकथाम/स्वास्थ्य लाभ
के लिए अनिवार्य हैं के सेवन के तहत है। निजी आपूर्ति के लिए दवाओं को.....
(अस्पताल का नाम) में भंडारित नहीं किया जाता है।

That the patient has been under treatment..... And that the
under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the
recovery/ prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines
are not stocked in the for supply to private

(Name of the Hospital)

Patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substance of equal
therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods. Toiled of
disinfectants:

क्रम.सं Sl.No.	दवा का नाम Name of medicines	रु/Rs.	पैसे/p.	Sl.No.	Name of Medicines	Rs.	P.

(क) कि इंजेक्शन टीकाकरण या प्रोफाइलैक्टिक उद्देश्य के लिए नहीं थे।

That the injections administered were/ were not for immunising or prophylactic purpose

(ख) कि रोगी..... से पीड़ित है/था और मेरे उपचार के तहत..... से..... तक है/था।

That the patient is/ was suffering from..... and is/ was under my treatment from..... to

(ग) कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण इत्यादि जो आवश्यक थे तथा जिसका व्यय..... रूप हैं मेरी सलाह पर..... (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम)

That the X-ray, Laboratory test etc. which an expenditure of Rs..... was incurred were necessary and were undertaken on my advice at (Name of the Hospital or Laboratory)

(घ) कि विशेषज्ञ परामर्श के लिए डॉ..... के मरीज के..... आवश्यक अनुमोदन देने में (अस्पताल के प्रभारी मुख्य प्रशासनिक मेडिकल अधिकारी का नाम)

That the patient to Dr..... for specialist consultation and that the necessary approval of the as (Name of the Chief Administrative Medical Officer-in- charge of the case at the Hospital)

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी----- अस्पताल में इलाज कर रहा है तथा उसे प्रदान की गई सुविधाएं न्यूनतम थी, जो रोगी के इलाज के लिए आवश्यक थी।

I certify that the patient has been under treatment at the hospital and that the facilities provided were the minimum, which were essential for the patient's treatment.

.....

चिकित्सा नियंत्रक अस्पताल
Medical Superintendent Hospital

स्थान/ Place: -

दिनांक/ Date: -

टिप्पणी: जो प्रमाण पत्र उपयोगी नहीं है उन्हें हटा दिया जाए, प्रमाणपत्र 'डी' अनिवार्य है और सभी मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा फाइल किया जाना चाहिए।

N.B. Certificate not applicable should be struck off. Certificate (d) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

प्रपत्र केंद्र, कलकत्ता- 54

FORMS CENTRE, Calcutta- 54.