

# ગુજરાત વિદ્યાપીઠ, અમદાવાદ- ૩૮૦ ૦૦૯

## Application Form for Medical Claim (તબીબી સારવાર ખર્ચની રકમ મેળવવા માટેનું અરજી પત્રક)

1)	Name and designation of the Employee (in Block Letters) / કર્મચારીનું નામ અને હોદ્દો	
	I. Whether married or unmarried (પરણિત/ અપરણિત)	
	II. If married, the place where wife/ husband is employed (In case employed, a Joint declaration may be furnished at the time of first bill during each financial year). જો પરિણિત હોય, તો પત્ની/પતિ નોકરી કરતાં હોય તે સંસ્થાનું નામ (નોકરી કરતાં હોય તે કિસ્સામાં, દરેક નાણાકીય વર્ષના પ્રથમ બિલ વખતે સંયુક્ત જાહેરનામું જોડવું)	
2)	Employee Number (સેવક ક્રમાંક)	
3)	Name of Faculty/Department/Branch (વિદ્યાશાખા/વિભાગ/શાખાનું નામ)	
4)	Pay Level & Basic Pay (પે લેવલ અને મૂળ પગાર)	
5)	Permanent Residential Address (નિવાસનું સરનામું)	
		Pin:
6)	Name of the Patient (દર્દીનું નામ)	
	Relationship to the Government servant (સેવક સાથે સંબંધ)	
	• Is wholly dependent on You? (શું સંપૂર્ણપણે તમારા પર નિર્ભર છે?)	Yes / No હા / ના
	• Is/are his/her total monthly income from all sources including pension/ family pension exceeding of Rs. 9,000 plus the amount of Dearness Relief thereon? (પેન્શન/કુટુંબ પેન્શન સહિતના તમામ સ્ત્રોતોમાંથી તેમની કુલ માસિક આવક રૂ. ૯,૦૦૦/- તેમજ તેના ઉપર મોંઘવારી રાહતની રકમ કરતાં વધુ છે?)	Yes/ No હા / ના
	• Is the dependent registered under the Service Book? (આશ્રિત સભ્યનું નામ સેવા પોથીમાં નોંધેલ છે?)	Yes/ No હા / ના
	• Is the dependent residing with you? (આશ્રિત તમારી સાથે રહે છે?)	Yes/ No (હા / ના)
7)	Place at which the patient fell ill (માંદગી સમયનું સ્થળ)	
8)	Whether treatment was taken in emergency? (ઈમરજન્સીમાં સારવાર લેવામાં આવી હતી?)	Yes/ No હા / ના
9)	I. Total Amount of Claim (દાવાની કુલ રકમ)	Rs.
10)	II. Less If, an Advance is Taken on (પેશગીની રકમ)	Rs.
11)	III. Net Amount of Claim (દાવાની ચોખ્ખી રકમ)	Rs.
12)	Total number of Enclosure (કુલ બિડાણની સંખ્યા)	
13)	Do you have any health/medical insurance? (શું કોઈપણ આરોગ્ય/તબીબી વીમો છે?)	Yes/ No) હા / ના(  If yes, Amount of claim received Rs. જો હા હોય તો વીમા કંપની દ્વારા પ્રાપ્ત થયેલ રકમ રૂ.
14)	Whether the hospital/ diagnostic/ imaging center Empaneled under CGHS/ CSMA? (શું હોસ્પિટલ/ ડાયગ્નોસ્ટિક/ ઇમેજિંગ સેન્ટર CGHS/CSMA હેઠળ સૂચિબદ્ધ છે?)	Yes/ No હા / ના
15)	Name & address of the hospital/diagnostic center (હોસ્પિટલ/ડાયગ્નોસ્ટિક સેન્ટરનું નામ અને સરનામું)	

16)	Whether prior permission/approval was taken for the treatment? (શું સારવાર માટે પૂર્વ પરવાનગી લેવામાં આવેલ છે?)	Yes/ No હા / ના
-----	---	--------------------

➤ Cash memos/Bills/Invoices are recommended to computerise with Stamp & Signature. Essentiality certificates A or B (whichever is applicable) should be attached with signature. (રોકડ મેમો/બીલ/ઈનવોઈસ ઉપર સ્ટેમ્પ અને સહી સાથે કોમ્પ્યુટરાઈઝ્ડ હોવા જોઈએ. આવશ્યકતા પ્રમાણપત્રો A અથવા B (જે લાગુ હોય તે) જોડવા જરૂરી છે.

**નોંધ:**

- I. સેવક કે સેવકના આશ્રિત દ્વારા હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા વગર સારવાર લીધેલ હોયતો તેવા સંજોગોમાં ફોર્મ-એ ડોક્ટર પાસે ભરાવવાનું રહેશે તથા લીધેલ સારવાર તથા દવાની ખરાઈ કરાવવાની રહેશે.
- II. જો સેવક કે તેમના આશ્રિત દ્વારા હોસ્પિટલમાં દાખલ થઈને સારવાર લીધેલ હોય તો સાથે ફોર્મ-બી ડોક્ટર પાસે ભરાવવાનું રહેશે. સેવક કે સેવકના આશ્રિત દર્દી માટે અલગ થી ફોર્મ ભરવાનું રહેશે.

**DECLARATION**

(To Be Signed By the Government Employee)

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 agree to reimburse amount paid to me if found inadmissible as per the rules of Gujarat Vidyapith/Government of India/The Comptroller and Auditor General of India.

હું આથી જાહેર કરું છું કે અરજીમાં રજૂ કરેલ વિગતો મારી જાણ અને માન્યતા પ્રમાણે સાચી છે અને જેના માટે તબીબી ખર્ચ કરવામાં આવ્યો છે તે વ્યક્તિ સંપૂર્ણપણે મારા પર નિર્ભર છે. જો મને ચૂકવવામાં આવેલ કોઈ પણ રકમ ગુજરાત વિદ્યાપીઠ/ભારત સરકાર/ભારતના કોમ્ટ્રોલર એન્ડ ઓડિટર જનરલના નિયમો અનુસાર જો અમાન્ય થાય તો તે ભરપાઈ કરવા હું સંમત છું.

• **Signature of Employee:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Place** \_\_\_\_\_

❖ **Submitted Medical Claim Through Proper Channel**

• **Signature of Branch Head/Head of the Department/Dean (With Stamp):** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Place** \_\_\_\_\_

## **APPENDIX - XIV ESSENTIALITY CERTIFICATES CERTIFICATE "A"**

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

(સારવાર માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ ન હોય તેવા દર્દીઓના કિસ્સામાં ફોર્મ-એ ડોક્ટરે ભરવું)

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss.....wife/son/  
daughter/ father/ mother of Mrs./Mr./ Miss ..... employed in the Gujarat Vidyapith.

I, Dr. .... hereby certify—

- A. That charged and received Rs.....for consultations on..... (dates to be given) at my consulting room/at the residence of the patient;
- B. That I charge and received Rs. ..../- for administering..... intra-venous/intra-Muscular ..... subcutaneous injections on ..... (Dates to be given) at ..... my consulting room/the .....residence of the patient;
- C. That the injections administered were not/were for immunizing or prophylactic purposes;
- D. That the patient is/was suffering from..... and is/was under my treatment from ..... to .....
- E. That the patient is/was not given pre-natal or post-natal treatment;
- F. That the X-ray, laboratory tests, etc., for which an expenditure of Rs. .... was incurred was necessary and were ..... undertaken on my advice at (name of the hospital or .....laboratory);
- G. That I referred the patient to Dr. .... for specialist consultation and that the necessary approval of the ..... (registrar) as required under the rules was obtained;
- H. That the patient did not require/required hospitalization.
- I. 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 recover/prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the.....name of hospital for supply to private patients and do not include proprietary preparation for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparation which are primarily foods, toilets or disinfectants.

Signature & Designation of the Medical Officer and  
Hospital/Dispensary to be attached with Stamp.

The Employee has to fill and get the treatment taken and the medicine checked by the doctor.  
(સેવકે ભરવું તથા લીધેલ સારવાર અને દવાની ખરાઈ ડોક્ટર પાસે કરાવવાની રહેશે.)

Cost of medicines purchased from the market as per Prescribed by Medical Officer.

S.N.	Invoice Date (બીલ તા.)	Names of medicines (દવાનું નામ)	Pharmacy (Shop) Name (દુકાનનું નામ)	Invoice(Bill) Number (બીલ નં.)	Amt. of Medicines (Rs.) દવાની રકમ(રૂ.)	Approved/ Not Approved Medicines
સેવકે ભરવું						ડોક્ટરે ભરવું
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
Total for Medicines amount paid						

Signature of Employee: \_\_\_\_\_

Date: ...../...../20....

Signature & Designation of the Medical Officer  
and Hospital/Dispensary to be attached with  
Stamp.

**Check list for reimbursement of medical claims as per CERTIFICATE "A"**

**(NOT Admitted to hospital)**

**પ્રમાણપત્ર "A" મુજબ તબીબી સારવાર ખર્ચના દાવાઓની ભરપાઈ માટે ચેકલિસ્ટ**

**(હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા નથી તે કિસ્સામાં)**

**સેવકે ભરવું ફરજિયાત છે**

<b><u>Sl no.</u></b>	<b><u>Particulars</u></b>	<b><u>✓ TICK MARK (Attachment)</u></b>	<b><u>Page No.</u></b>
1	Medical Reimbursement Claim Form. તબીબી સારવાર ખર્ચની રકમ મેળવવા અરજીનું પત્ર		
2	Prescription by Medical Officer of Gujrat Vidyapith /empanelled Hospitals under CGHS/CSMA. ગુજરાત વિદ્યાપીઠ/CGHS/CSMA હેઠળ સૂચિબદ્ધ હોસ્પિટલના મેડિકલ ઓફિસર દ્વારા આપવામાં આવેલ પ્રિસ્ક્રિપ્શન		
3	<b><u>Certificate-A</u></b> is to be completed in the case of patients who are NOT Admitted to hospital for treatment (સારવાર માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ ન થયેલ હોય તેવા દર્દીઓના કિસ્સામાં માત્ર <u>Certificate-A</u> ભરવું)		
4	Final bill in original along with detailed break up. (વિગતવાર વિવરણ સાથેનું પૂરું અસલ બીલ)		
5	Copy of referral from the specialist / advice of the Medical Officer. (IF ANY) તબીબી અધિકારીના નિષ્ણાત/સલાહના રેફરલની નકલ. (જો કોઈ હોય તો)		

**Note: Please prepare your claim in the same sequence as mentioned in the checklist.**

નોંધ: કૃપા કરીને ચેકલિસ્ટમાં ઉલ્લેખિત ક્રમમાં તમારો દાવો તૈયાર કરવો.

**APPENDIX-XIV ESSENTIALITY CERTIFICATES CERTIFICATE "B"**

**(To be completed in the case of patients who are ADMITTED to hospital for treatment)**  
**(સારવાર માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ હોય તેવા દર્દીઓના કિસ્સામાં હોસ્પિટલના ડોક્ટર પાસે ભરાવવું)**

**PART-I**

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss .....wife/ son/ daughter/ father/ mother of Mrs./ Mr./ Miss .....employed in the Gujarat Vidyapith.

I, Dr. .... Hereby certify-

**A.** That the patient was admitted to hospital on the advice of ..... (name of the Medical Officers)/on my advice;

**B.** That the patient has been under treatment at.....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..... (name of the hospital) for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants;

**C. Cost of medicines purchased from the market as per Prescribed by Medical Officer.**

S.N.	Names of medicines	Amt. of Medicines (Rs.)
1		
2		
3		
4		
5		
	<b>Total of Medicines amount paid</b>	

**D. Claim Details**

S.N.	Particulars	Amount (Rs.)
1	Claim Amount	
2	(-)Advance	
3	(-) Rejected/ Not Approved amount	
<b>4 = (1-2-3)</b>	<b>Net payable amount</b>	

**E.** Imaging center where treatment is taken or tests done.

**F.** That the injections administered were/were not for immunizing or prophylactic purposes;

**G.** That the patient is/was suffering from ..... and is/was under treatment from..... to;

**H.** That the X-ray, laboratory test, etc., for which and expenditure of Rs was incurred were necessary and were undertaken on my advice at ..... (name of hospital);

**I.** That I called on Dr..... for specialist consultation and that the necessary approval of the .....

(Name of the chief Administrative Medical Officer)

**Signature with Stamp**\_\_\_\_\_

**Designation**\_\_\_\_\_of the Medical Officer in charge of the case.

**CERTIFICATE "B"**

**(PART-II)**

I certify that the patient has been under treatment at the ..... hospital and that the service of the special nurse for which an expenditure of Rs..... was incurred, vide bills and receipts attached, were essential for the recovery /prevention of serious deterioration in the condition of the patient

**Signature and Designation of the Medical Officer  
In charge of the case at the hospital.**

**COUNTERSIGNED**

**(To be completed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment)**

Medical Superintendent..... Hospital

\*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.

Medical Superintendent

Place:

Hospital:

નોંધ:

સારવાર માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ હોય તેવા દર્દીઓના કિસ્સામાં હોસ્પિટલના ડોક્ટર પાસે ભરાવવું.