

फॉर्म -एम.आर.सी. (एस.)
FORM-MRC (S)
(कार्यरत कर्मचारियों के लिए)
(for serving employees)

केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना

चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र

CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME
MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM FORM

(प्रमुख कार्ड धारक द्वारा बड़े अक्षरों में भरा जाना है)

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

1. (ए) प्रमुख सी.जी.एच.एस. कार्ड धारक का नाम :
Name of the Principal CGHS Card Holder :
(बी) सी.जी.एच.एस. लाभार्थी आई.डी. संख्या :
CGHS Ben. ID No. :
(सी) कर्मचारी कोड संख्या :
Employee Code No. :
(डी) वार्ड पात्रता - प्रा./अर्ध-प्रा./सामान्य :
Ward Entitlement - Pvt./Semi-Pvt./General :
(ई) पूरा पता
Full Address
(एफ) मोबाइल टेलीफोन नंबर और ई-मेल पता, यदि कोई हो
Mobile telephone No. and e-mail address, if any
- 2.(ए) मरीज का नाम
Patient's Name
(बी) मरीज का सी.जी.एच.एस. लाभार्थी आईडी संख्या :
Patient's CGHS Ben. ID No. :
(सी) प्रधान सी.जी.एच.एस. कार्ड धारक के साथ संबंध :
Relationship with the Principal CGHS 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 centre where treatment is taken or tests done:
4. क्या अस्पताल/डायग्नोस्टिक/इमेजिंग सेंटर सी.जी.एच.एस. के अंतर्गत सूचीबद्ध है हां/नहीं
Whether the hospital/diagnostic/imaging centre is empanelled under CGHS Yes/No
5. उपचार जिसके लिए प्रतिपूर्ति का दावा किया गया
Treatment for which reimbursement claimed
(ए) ओ.पी.डी. उपचार/परीक्षण एवं जांच
OPD Treatment /Test & investigation
(बी) इनडोर उपचार
Indoor Treatment
6. क्या आपातकालीन स्थिति में उपचार लिया गया था हां/नहीं
Whether treatment was taken in emergency Yes/No

7. क्या इलाज के लिए पूर्व अनुमति ली गई थी: हां/नहीं
Whether prior permission was taken for the treatment: Yes/No
8. क्या आप किसी स्वास्थ्य/चिकित्सा बीमा योजना की सदस्यता ले रहे/रही हैं: हां/नहीं
यदि हां, तो दावा की गई/प्राप्त राशि : Yes/No
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 Advance taken, if any
10. दावा की गई कुल राशि
Total amount claimed
- (ए) ओ.पी.डी. उपचार
OPD Treatment
- (बी) इनडोर उपचार
Indoor Treatment
- (सी) परीक्षण/जांच
Tests/investigation
11. बैंक का नाम: शाखा एमआईसीआर कोड:.....
एस.बी. खाता संख्या:.....आई.एफ.एस.सी. कोड:.....
Name of the Bank:..... SB A/c No.:.....
Branch MICR Code:..... IFSC Code:.....

घोषणा/ DECLARATION

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन में दिए गए विवरण मेरी 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 सी.जी.एच.एस. लाभार्थी हूँ और इलाज के समय सी.जी.एच.एस. कार्ड वैध था। मैं नियमों के अंतर्गत स्वीकार्य प्रतिपूर्ति के लिए सहमत हूँ।

तारीख:.....

जगह:.....

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 CGHS beneficiary and the CGHS card was valid at the time of treatment. I agree for the reimbursement as is admissible under the rules.

Date:.....

Place:.....

प्रमुख सी.जी.एच.एस. कार्ड धारक के हस्ताक्षर
Signature of the Principal CGHS card holder

संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज

Documents to be attached

1. कर्मचारी के सी.जी.एच.एस. कार्ड एवं रोगी के सी.जी.एच.एस. कार्ड की प्रति |
Photocopy of the CGHS Card of the employee along with the patient's CGHS Card.
2. अनुमति पत्र, यदि कोई हो तो |
Copy of permission letter, if any.
3. आपातकालीन प्रमाणपत्र (मूल प्रति), आपातकालीन स्थिति में |
Emergency certificate (original), in case of emergency.
4. डिस्चार्ज सारांश की प्रति |
Copy of the discharge summary.
5. एम्बुलेंस प्रमाणपत्र(मूल प्रति), यदि कोई हो तो
Ambulance Certificate (original), if any.
6. दावा की गई राशि की प्रतिपूर्ति के लिए मूल बिल/कैश मेमो/वाउचर आदि |
Original bills/cash memo/vouchers etc. for the reimbursement amount claimed.

महत्वपूर्ण / IMPORTANT

जहाँ लागू हो, निम्नलिखित सूचना/दस्तावेज उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें |

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

ए. अस्पताल/डायग्नोस्टिक्स/इमेजिंग केंद्र से जांच की सारी सूचना प्राप्त करें (प्रत्येक जाँच का पूरा विवरण और दर तथा टेस्ट की कुल संख्या, एक्स रे फिल्म आदि) क्योंकि प्रतिपूर्ति राशि का परिकलन प्रत्येक टेस्ट के लिए अनुमोदित सी.जी.एच.एस. की दर से किया जाएगा।

Obtain Break up of Investigations from the hospital/diagnostic centre /imaging centre (details and rates of individual tests and the exact number of tests. X-ray films, etc..) as the reimbursable amount is calculated as per approved CGHS rates per test.

बी. मूल कागज़ गुम हो जाने की स्थिति में अनुलग्नक-1 के अनुसार शपथपत्र भरकर जमा करें | बिल्स की सभी प्रतिलिपियाँ उपचार करने वाले चिकित्सक/विशेषज्ञ द्वारा सत्यापित करवाएँ |

In case of loss of original papers, Affidavits as per Annexure-I to be submitted. All photocopies of the bills to be attested by the treating doctor/specialist.

सी. कार्ड धारक की मृत्यु की स्थिति में, दावे की प्रतिपूर्ति हेतु अनुलग्नक II के अनुसार शपथपत्र भरकर संलग्न करें |

In case of death of the card holder, Affidavit as per Annexure-II to be filled and attached to claim reimbursement.

डी. प्रत्यारोपण की स्थिति में, प्रत्यारोपण की बिल सं., क्रम सं. एवं पर्ची के साथ संलग्न करें।

In case of implants, invoice No. along with sticker with serial number of the implant to be attached.

ई. कोरोनरी स्टेंट की स्थिति में, स्टेंट की बाहरी पाउच संलग्न करें |

In case of Coronary Stent, outer pouch of stent is to be enclosed.

एफ. पेसमेकर/ आई.सी.डी आदि के प्रतिस्थापन की स्थिति में, पूर्व पेसमेकर/आई सी डी के वारंटी प्रमाणपत्र की प्रति संलग्न करें |

In case of replacement of pacemaker / ICD etc. copy of the warranty certificate of earlier pacemaker/ICD may be enclosed.

नोट: सी.जी.एच.एस. सुविधाओं का दुरुपयोग करना एक आपराधिक कृत्य है | जानबूझकर तथ्यों को दबाने और गलत विवरण देने की स्थिति में सी.जी.एच.एस. कार्ड को रद्द किया जा सकता है | सेवारत कर्मचारियों के संबंध में उपयुक्त अनुशासनात्मक कार्रवाई की जाएगी |

Note: Misuse of CGHS facilities is a criminal offence. Penal action including cancellation on CGHS card may be taken. In case of willful suppression of facts or submission of false statements. Suitable disciplinary action shall be taken in case of serving employees.