

एमआरसी (एस) प्रपत्र

FORM-MRC(S)

(सेवारत कर्मचारियों के लिए)

(For serving employees)

**केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना**

**CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME**

**चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र**

**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. (क) प्रमुख सीजीएचएस कार्ड धारक का नाम :
- (ख) सीजीएचएस लाभार्थी आईडी नंबर :
- (ग) कर्मचारी कोड संख्या :
- (घ) वार्ड पात्रता - निजी/अर्ध-निजी/सामान्य :
- (ङ) पूरा पता :

(च) मोबाइल, टेलीफोन नंबर और ई-मेल, यदि कोई हो :

- (a) Name of the Principal CGHS Card Holder :
- (b) CGHS Ben ID No. :
- (c) Employee Code No. :
- (d) Ward Entitlement - Pvt./Semi-Pvt./General :
- (e) Full Address :
- (f) Mobile telephone No. and e-mail address, if any :

2. (क) मरीज का नाम :

(ख) मरीज का सीजीएचएस लाभार्थी आईडी नंबर :

(ग) प्रमुख सीजीएचएस कार्ड धारक के साथ संबंध :

(a) Patient's Name :

(b) Patient's CGHS Ben ID No. :

(c) Relationship with the Principal CGHS card holder :

3. अस्पताल/डायग्नोस्टिक केंद्र/इमेजिंग केंद्र का नाम और पता

जहाँ उपचार या परीक्षण कराया गया :

Name & address of the hospital / diagnostic centre/imaging centre  
where treatment is taken or tests done :

4. क्या अस्पताल/डायग्नोस्टिक/इमेजिंग केंद्र

सीजीएचएस के तहत सूचीबद्ध है : हाँ/नहीं

Whether the hospital/diagnostic/imaging centre is empanelled  
under CGHS :

Yes/No

5. उपचार जिसके लिए प्रतिपूर्ति दावा किया गया

(क) ओपीडी उपचार/परीक्षण और जाँच :

(ख) इनडोर उपचार :

Treatment for which reimbursement claimed

(a) OPD Treatment /Test & investigations :

(b) Indoor Treatment :

6. क्या उपचार आपात स्थिति में लिया गया :

हाँ/नहीं

Whether treatment was taken in emergency :

Yes/No

7. क्या उपचार हेतु पूर्व अनुमति ली गई थी : हाँ/नहीं

Whether prior permission was taken for the treatment: Yes/No

8. क्या आप किसी स्वास्थ्य/चिकित्सा बीमा योजना की सदस्यता ले रहे हैं,

यदि हाँ, तो दावा की गई/प्राप्त राशि : हाँ/नहीं

Whether subscribing to any health/medical insurance  
scheme, if yes, amount claimed/received : Yes/No

9. चिकित्सा हेतु ली गई अग्रिम राशि का विवरण, यदि ली गई हो :

Details of Medical Advance taken, if any :

10. दावा की गई कुल राशि

(क) ओपीडी उपचार :

(ख) इनडोर उपचार :

(ग) परीक्षण/जाँच :

Total amount claimed

(a) OPD Treatment :

(b) Indoor Treatment :

(c) Tests/investigation :

11. बैंक का नाम : ..... बचत खाता संख्या : .....

शाखा एमआईसीआर कोड : ..... आईएफएससी कोड : .....

Name of the Bank; ..... SB A/c No.: .....

Branch MICR Code: ..... IFSC Code: .....

### **घोषणा**

मैं, 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 सीजीएचएस लाभार्थी हूँ और इलाज के समय सीजीएचएस कार्ड वैध था। मैं नियमों के तहत स्वीकार्य प्रतिपूर्ति के लिए सहमत हूँ।

### **DECLARATION**

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. 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.

**तारीख/ Date:**

**स्थान/ Place:**

**प्रमुख सीजीएचएस कार्ड धारक के हस्ताक्षर**

**(Signature of the Principal CGHS card holder)**