

**फार्म-एम आर सी (एस) /FORM MRC(S)**  
**कर्मचारियों को सेवा देने के लिए (For serving employees)**

केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना / Central Government health scheme चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा फार्म / medical reimbursement claim form मूल कार्ड धारक द्वारा भरा जाये (To be filled up by the Principal Card holder)		
1. क	मुख्य सी.जी.एच.एस. कार्ड धारक का नाम एवं पदनाम The Principal CGHS Card Holder & Designation	
ख	सी.जी.एच.एस. लाभार्थी आई डी सं. CGHS Ben ID No.	
ग	कर्मचारी कोड सं. Employee Code No.	
घ	वार्ड पात्रता-प्राइवेट/अर्ध-प्राइवेट/सामान्य Ward Entitlement- Pvt./Semi-Pvt./General	
ङ	पूरा पता /Full Address	
च	मोबाइल/दूरभाष न. और ई-मेल, यदि है Mobile/telephone No. and e-mail address, if any	
2. क	रोगी का नाम/Patient's Name	
ख	रोगी का सी.जी.एच.एस. लाभार्थी आई डी सं. Patient's CGHS Ben ID No.	
ग	मुख्य सी.जी.एच.एस. कार्ड धारक के साथ संबंध Relationship with the Principal CGHS Card Holder	
3.	अस्पताल / डाइग्नोस्टिक/ इमिजिंग केन्द्र का नाम और पता जहां उपचार या जांच करवाई गयी Name & address of the hospital/diagnostic centre/imaging centre where treatment is taken or tests done	
4.	क्या यह अस्पताल/ डाइग्नोस्टिक/ इमिजिंग केन्द्र सी.जी.एच.एस. मान्यता प्राप्त सूची में शामिल है Whether the hospital/diagnostic/imaging centre is empanelled under CGHS	हाँ / नहीं Yes/No
5.	उपचार जिसके लिए प्रतिपूर्ति राशि दावा की गयी Treatment for which reimbursement claimed (i) ओ पी डी उपचार /OPD Treatment (ii) इंडोर उपचार /Indoor Treatment (iii) जांच/अन्वीक्षण /Tests/Investigation	
6.	क्या उपचार आपातकाल स्थिति में कराया गया Whether treatment was taken in emergency	हाँ / नहीं Yes/No
7.	क्या उपचार हेतु पूर्व अनुमति ली गयी Whether prior permission was taken for the treatment	हाँ / नहीं Yes/No
8.	क्या अन्य स्वास्थ्य/चिकित्सा बीमा योजना ली गयी है? यदि हाँ, तो दावा / प्राप्त की गयी राशि Whether subscribing to any health/medical insurance scheme, If yes, amount claimed/received	हाँ / नहीं Yes/No
9.	चिकित्सा हेतु ली गयी अग्रिम राशि, यदि ली गई Details of Medical Advance taken, if any	
10.	दावा की गयी कुल राशि /Total amount claimed (i) ओ पी डी उपचार /OPD Treatment (ii) इंडोर उपचार /Indoor Treatment (iii) जांच/अन्वीक्षण /Tests/Investigation	
11.	बैंक का नाम: Name of the Bank  शाखा का एम आई सी आर कोड: Branch MICR Code:	खाता सं.: SB/Ac No.:  आई एफ एस सी कोड: IFSC Code:

## घोषणा/ Declaration

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन में दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही हैं और जिस व्यक्ति पर उक्त रकम खर्च की गई है, वह पूरी तरह मुझ पर आश्रित है। मैं केंद्रीय सरकार की स्वास्थ्य योजना का लाभार्थी हूँ और उपचार के समय मेरा सी.जी.एच.एस. कार्ड मान्य था। मैं नियम 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 CGHS beneficiary and the CGHS card was valid at the time of treatment. I agree for the reimbursement as is admissible under the rules.

दिनांक /Date:

स्थान/Place:

मुख्य सी.जी.एच.एस. कार्ड धारक के हस्ताक्षर  
Signature of the Principal CGHS Card Holder

### दस्तावेज संलग्न किए जाए / 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 alongwith the patient's CGHS Card.
2. अनुमति पत्र की प्रति, यदि अन्य /Copy of permission letter, if any.
3. आपातकालीन स्थिति में, आपातकालीन सर्टिफिकेट (मूल रसीद)/Emergency certificate (original), in case of emergency.
4. डिस्चार्ज विवरण की प्रति /Copy of the discharge summary.
5. एम्बुलेंस सर्टिफिकेट (मूल), यदि लागू है तो/Ambulance Certificate (original), if any.
6. दावा की गयी 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 जमा कराना सुनिश्चित करें/Kindly ensure to provide the following information/documents, wherever applicable:

1. अस्पताल/डाइग्नोस्टिक/इमिजिंग केंद्र से जांच की सारी सूचना प्राप्त करें (प्रत्येक टेस्ट का पूरा विवरण और दर तथा टेस्ट की सटीक संख्या, एक्सरे फिल्म आदि) क्योंकि दावा की गयी राशि की प्रतिपूर्ति प्रत्येक टेस्ट के लिए निर्धारित सी.जी.एच.एस. की दर से परिकलित की जाएगी/ 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.
2. मूल पेपर गुम हो जाने की स्थिति में, अनुलग्नक I के अनुसार हलफनामा भरकर जमा करें। बिल की सभी प्रतिलिपियां उपचार करने वाले वाले डाक्टर/विशेषज्ञ से 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.
3. कार्ड धारक की मृत्यु होने की स्थिति में, दावा की गयी राशि की प्रतिपूर्ति के लिए अनुलग्नक II के अनुसार हलफनामा भरकर संलग्न करें / In case of death of the card holder, Affidavit as per Annexure-II to be filled and attached to claim reimbursement.
4. इम्प्लैन्ट की स्थिति में, इम्प्लैन्ट की क्रम सं. सहित बिल न. एवं स्टिकर संलग्न करें / In case of implants, invoice No. alongwith sticker with serial number of the implant to be attached.
5. कोरोनरी स्टेंट की स्थिति में, स्टेंट के बाहरी पाउच संलग्न करें / In case of Coronary Stents, outer pouch of stents is to be enclosed.
6. पेसमेकर/आई सी डी आदि के प्रतिस्थापन की स्थिति में, पूर्व पेसमेकर/आई सी डी के वारंटी सर्टिफिकेट 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 जुर्म है। जानबुझकर तथ्यों को दबाने और झूठा विवरण देने पर दंड संहिता के तहत सी.जी.एच.एस. कार्ड 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 employees.