

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 पान्नता-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/डाईग्नोस्टिक/इमिजिंग केंद्र से जांच की सारी सूचना प्राप्त करें (प्रत्येक टेस्ट का पूरा विवरण और दर तथा टेस्ट की सटीक संख्या, एकसरे 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.

**अनुदेश
INSTRUCTION**

परिवारकी परिभाषा/DEFINITION OF FAMILY

- (1) पति/पत्नी Husband/Wife (केवल पहली पत्नी First wife only)*
- (2) आश्रित माता पिता / सौतेली माँ (यदि दत्तक हैं, केवल दत्तक और असली माता पिता नहीं)
Dependent parents/Step Mother (In case of adoption, only adoptive & not real parents)
- (3) यदि दत्तक पिता की एक से अधिक पत्नियाँ हैं, केवल पहली पत्नी।
If adoptive father has more than one wife, the first wife only.
- (4) महिला कर्मचारी के लिए अपने आश्रित माता-पिता या आश्रित सास-ससुर को सम्मिलित करने का विकल्प है; सेवा काल के दौरान विकल्प केवल एक बार बदला जा सकता है।
A female employee has a choice to include either her dependent parents or her dependent parents-in-law; option exercise can be changed only once during service.
- (5) बच्चे: निम्नलिखित शर्तों के रहते हुए कानूनन सम्मिलित दत्तक बच्चे, सौतेले बच्चे, सरक्षता के लिए गए बच्चे सम्मिलित हैं।
Children: including legally adopted children, step children and children taken as wards subject to the following conditions:

(i)	पुत्र/Son	कमाना शुरू करने या 25 वर्ष की आयु प्राप्त करने तक जो भी पहले हो। Till he start earning or attains the age of 25 years, whichever is earlier.
(ii)	पुत्री/Daughter	कमाना शुरू करने या शादी हो जाने तक, आयु की कोई सीमा नहीं, जो भी पहले हो Till she start earning or gets married, irrespective of the age limit, whichever may be earlier.
(iii)	पुत्र किसी भी तरह की स्थाई विकलांगता से पीड़ित (शारीरिक या मानसिक) जैसा कि नीचे परिभाषित है। Son suffering from any permanent disability of any kind (Physical or mental as defined below).	कोई आयु सीमा नहीं Irrespective age limit,
(iv)	आश्रित तलाकशुदा/परित्यक्ता या अपने पति से अलग / विधवा लड़कियां और आश्रित विवाहित /तलाकशुदा /करित्यक्ता या अपने पति से अलग/विधवा बहनें Dependent divorced/abandoned or separated from their husband/widowed daughters and dependent unmarried/divorced abandoned or separated from their husband/widowed sisters.	कोई आयु सीमा नहीं Irrespective of age limit
(v)	आश्रित अवस्यक भाई Dependent Minor brother(s)	व्यस्क होने की आयु तक Upto the age of becoming major,

25 वर्ष ऊपर विकलांग पुत्र के लिए केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना की सुविधाएं प्राप्त करने हेतु कृपया सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी विकलांगता का प्रमाण-पत्र संलग्न करें।

For the purpose of availing CGHS facility for a disabled sons above 25 years,
Please attach a copy of the certificate of disability issued by the competent authority.

विकलांगता: विकलांग व्यक्ति (समान अवसर, अधिकारों की सुरक्षा तथा पूर्ण भागीदारी) अधिनियम, 1995 (1996 का 1) की धारा 2(1) में निर्धारित विकलांगता होगी जो कि नीचे प्रस्तुत की गई है:

Disability: will be as defined in Section 2(1) of the persons with disabilities (Equal opportunities protection of rights and full participation) Act, 1995 (No.1 of 1996) which is reproduced below:

"विकलांगता का अर्थ"

"DISABILITY MEANS"

- (i) अंधापन /Blindness
- (ii) कम दिखना/Low vision
- (iii) उपचारित कुष्ठ/Leprosy cured
- (iv) सुनना बन्द हो गया है/ Hearing impairment
- (v) चलने फिरने में कठिनाई /Loco motor Disability
- (vi) मानसिक अवरुद्धता / Mental retardation
- (vii) दिमागी बीमारी /Mental illness

आश्रित/Dependency:

परिवार के सदस्य (पति/पत्नी को छोड़कर जिनकी मासिक आय 3500/-+ महंगाई भत्ता से कम है उनको आश्रित समझा जाए और जो सामान्यतः केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना लाभार्थी के साथ रहते हैं।

Members of family (other than spouse whose income is less than Rs.3500/-+ DA per month are treated as dependents and are normally residing with CGHS beneficiary.

निम्नलिखित दस्तावेज संलग्न किए जाएं।

The following Documents are to be enclosed:

- (1) आवासीय प्रमाण/आश्रितों का निवास-(राशन कार्ड/निर्वाचन पहचान पत्र/पासपोर्ट/कालेज, स्कूल, विश्वविद्यालय द्वारा जारी पहचान पत्र/बैंक पासबुक आदि की प्रति) **Proof of Residence/Stay of dependents** –(copy of Ration Card/Election Id/Passport/ Identity Card issued by College/School/University/Bank Passbook, etc.
- (2) पुत्र की आयु का प्रमाण/ Proof of age of son
- (3) सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी विकलांगता प्रमाण-पत्र की सत्यापित (यदि आश्रित पुत्र की आयु 25 या उससे अधिक है) Attested copy of Disability certificate issued by Competent Authority (in case of dependent son aged 25 and above)

पेंशनर के लिये जो पहली बार केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कार्ड के लिए आवेदन कर रहे हैं, निम्नलिखित अतिरिक्त दस्तावेज़ चाहिए:

For Pensioners applying for CGHS card for the First time the following Additional Documents are required:

- (4) सेवा कालीन केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कार्ड सौंपने का प्रमाण-पत्र।
Surrender Certificate of CGHS Card while in service.
- (5) पेंशन अदायगी आदेश / अन्तिम वेतन प्रमाण-पत्र की सत्यापित प्रति।
Attested copy of PPO & Last Pay Certificate.\

पेंशनर द्वारा अंशदान ""वेतन एवं लेखाधिकारी, केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना, नई दिल्ली"" के नाम दिल्ली में देय बैंक ड्राफ्ट (अधिसूचित बैंक) द्वारा जारी किया जाना चाहिए।

Contribution by Pensioners should be made by Bank Draft (Scheduled Banks) payable in Delhi in favour of Pay & Accounts Officer CGHS, Delhi.

CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME

MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM FORM

(To be filled by the Principal Card holder/Claimant in **BLOCK LETTERS**)

1. (a) Name of the Principal CGHS Card Holder :
(b) CGHS Ben ID No. :
(c) CGHS Wellness Center to which the card is attached :
(d) Validity of CGHS Card :
(e) Ward Entitlement – Pvt./Semi-Pvt./General :
(f) Full Address :

(g) Mobile telephone No. and e-mail address, if any :
2. (a) Patient's Name :
(b) Patient's CGHS Ben ID No. :
(c) Relationship with the Principal CGHS card holder :
3. Category of pensioner beneficiary - please specify :
(Central Govt. Pensioner/Pensioner of Autonomous/Statutory body/Ex- MP/ Ex-Governor/ Former Judge of Supreme Court/ Former Judge of High Court/Freedom Fighter/Legal Heir/Others)
4. Name & address of the hospital / diagnostic center / imaging center where treatment is taken or tests done:
5. Whether the hospital/diagnostic/imaging center is empanelled under CGHS : Yes/No
6. Treatment for which reimbursement claimed
(a) OPD/Test & investigations :
(b) Indoor Treatment :
7. Whether credit facility was availed. If not, reasons thereof (clarification may be attached) :
8. Whether treatment was taken in emergency : Yes/No
9. Whether prior permission was taken for the treatment : Yes/No
10. Whether subscribing to any health/medical insurance scheme, If yes, amount claimed/received : Yes/No
11. **Total amount claimed** :
(a) OPD Treatment :
(b) Indoor Treatment :
(c) Tests/Investigation :
12. Name of the Bank : SB A/c No.:
Branch MICR Code: IFSC Code.....

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. 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:

Signature of the Principal CGHS card holder / Claimant

Documents to be attached

1. Photo copy of the CGHS card of the principal card holder along with the patient's CGHS Card.
2. Copy of permission letter, if any.
3. Emergency certificate (original), in case of emergency.
4. Copy of the discharge summary.
5. Ambulance Certificate (original), if any.
6. Original bills /cash memo / vouchers etc. for the reimbursement amount claimed.

IMPORTANT

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

- a) Obtain Break up of Investigations from the hospital/diagnostic center/imaging center (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 rates per test.
- b) 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.
- c) In case of death of the card holder, Affidavit as per Annexure II to be filled and attached to claim reimbursement,
- c) In case of implants, Invoice No. along with sticker with serial number of the implant to be attached.
- d) In case of Coronary Stents, outer pouch of stents is to be enclosed.
- e) In case of replacement of pacemaker / ICD etc., copy of the warranty certificate of earlier pacemaker /ICD may be enclosed.

Note: *Misuse of CGHS facilities is a criminal offence. Penal action including cancellation of CGHS card may be taken in case of willful suppression of facts or submission of false claims / statements.*

Annexure –I

Draft for Affidavit for Duplicate Claim Papers/bills on stamp Paper

I, son / wife / daughter of.....and resident of
.....have lost / misplaced the original paper or
the same are not traceable. I hereby give an undertaking that I have not received any payment
against the original bills/claim papers from any source and that if the original papers are traced, I
shall not stake claim against original bills in future and that in the event, I receive any cheque
against the original bills in future, I shall return the same to competent authority.

Deponent

Verified by Notary Public

Annexure – II

**Draft for Affidavit on Stamp Paper for claiming medical reimbursement
IN CASE OF DEATH of a CGHS Card Holder**

I,.....husband / wife / son / daughter of Late..... and resident of, hereby submit the medical reimbursement claim papers pertaining to treatment of my husband / wife / father / mother Late Shri/ Smt.....who has expired on (*copy of Death Certificate is enclosed*).

Late Shri/Smt.....has left behind the following other legal heirs, none of whom have any objection if the entire reimbursable amount is paid to me.

No Objection Certificate signed by other legal heirs on Stamp paper is enclosed.

Deponent

Attested by Notary Public

=====

Draft for No Objection Certificate on Stamp Paper.

We (i)..... S/o D/o Late Shri.....
(ii)..... S/o D/o Late Shri.....
(iii)..... S/o D/o Late Shri.....
(--).....
(--).....
(--).....

being the legal heirs of Late Shri/Smt.....have no objection if the entire amount reimbursable pertaining to the treatment of late Shri / Smtis paid to Shri / Smt

(i) (Signature)
Name:
Address:

(ii) (Signature)
Name
Address:

(iii) (Signature)
Name:
Address

(iv).....

(v).....

(vi).....

Verified by Notary Public