CSIR-Human Resource Development Centre, Ghaziabad
सीएसआईआर-मानव संसाधन विकास केंद्र, गाज़ियाबाद

Form-MRC (S)
(**For serving employees)**

CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME/AUTHORISED MEDICAL ATTENDANT
केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना/अधिकृत चिकित्सा परिचारक
MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM FORM
चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र

(To be filled up by the Principle Card holder in BLOCK LETTER)
(इसे मुख्य कार्ड धारक द्वारा बड़े अक्षरों (BLOCK LETTERS) में भरा जाना है।)

1. (a) **Name** of the Principle CGHS Card Holder & **Designation** :
   (a) मुख्य CGHS कार्ड धारक का नाम और पद
   (b) CGHS Ben ID No. :
   (b) CGHS लाभार्थी ID नंबर
   (c) Employee Code No. :
   (c) कर्मचारी कोड नंबर
   (d) Ward Entitlement. Pvt./Semi. Pvt/General :
   (d) वार्ड की पात्रता प्राइवेट/सेमी-प्राइवेट/जनरल
   (e) Full Address :
   (e) पूरा पता
   (f) Mobile No./landline No./ Extension No. :
   (f) मोबाइल नंबर/लैंडलाइन नंबर/एक्सटेंशन नंबर
   (g) E-mail address :
   (g) ई-मेल एड्रेस
2. (a) Patient's Name :
   (a) मरीज का नाम
   (b) Patient's CGHS Ben ID No. :
   (b) मरीज़ का CGHS बेनिफ़िशियरी ID नंबर
   (c) Relationship with the Principle CGHS card holder :
   (c) मुख्य CGHS कार्ड धारक के साथ संबंध
3. (a) Name & address of the hospitals/diagnostic center/imaging Centre where treatment is taken or tests done :
   (a) उन अस्पतालों/डायग्नोस्टिक सेंटर/इमेजिंग सेंटर का नाम और पता जहाँ इलाज कराया गया या टेस्ट किए गए।
4. Whether the hospital/diagnostic imaging center is Empaneled under CGHS :
   क्या अस्पताल/डायग्नोस्टिक इमेजिंग सेंटर CGHS के तहत सूचीबद्ध है
5. Treatment for which reimbursement claimed :
   जिस उपचार के लिए प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है
   (a) OPD Treatment/Test & investigations
   (a) OPD इलाज/टेस्ट और जांच
   (b) Indoor Treatment
   (b) इनडोर उपचार
6. Whether treatment was taken in emergency :
   क्या आपातकाल में इलाज कराया गया था?
7. Whether prior permission was taken for the treatment :
   क्या इलाज के लिए पूर्व अनुमति ली गई थी

8. Whether subscribing to any health/medical insurance Scheme, if yes, amount claimed/received :
क्या किसी स्वास्थ्य/मेडिकल इंश्योरेंस स्कीम का सब्सक्रिप्शन लिया है, यदि हाँ, तो क्लेम की गई/प्राप्त राशि।

9. Whether prior permission was taken for the treatment / Details of Medical Advance taken, if any :
क्या इलाज के लिए पहले से अनुमति ली गई थी / अगर कोई मेडिकल एडवांस लिया गया हो, तो उसका विवरण

10. Total amount claimed
कुल दावा की गई राशि
(a) OPD Treatment
OPD इलाज
(b) Indoor Treatment
इनडोर उपचार
(c) Tests / Investigation
टेस्ट / जांच

11. Name of the Bank: _____ SB A/C No.: _____
बैंक का नाम बचत खाता संख्या
Branch MICR Code: _____ IFSC Code: _____
ब्रांच MICR कोड IFSC कोड

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.

घोषणा

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन में दी गई जानकारी मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है और जिस व्यक्ति के इलाज का खर्च हुआ है, वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है।
मैं नियमों के अनुसार देय प्रतिपूर्ति के लिए अपनी सहमति देता हूँ।

Date/दिनांक:

Place/स्थान:

Signature of the Principle CGHS card holder
मुख्य सीजीएचएस कार्डधारक के हस्ताक्षर

SECTION/अनुभाग:

Documents to be attached/संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज़

1. Photo copy of the CGHS card of the employee along with the patient's CGHS Card.
कर्मचारी के CGHS कार्ड और मरीज़ के CGHS कार्ड की फ़ोटोकॉपी.
2. Copy of permission letter, if any.
यदि अनुमति पत्र हो, तो उसकी प्रति।
3. Emergency certificate (original), in case of emergency.
आपातकालीन स्थिति में, आपातकालीन प्रमाणपत्र (मूल प्रति)
4. Copy of the discharge summary.
डिस्चार्ज समरी की प्रतिलिपि
5. Ambulance certificate (original), if any.
एम्बुलेंस प्रमाण पत्र (मूल), यदि उपलब्ध हो।
6. Original bills/cash memo/vouchers etc. for the reimbursement amount claimed.
दावा की गई प्रतिपूर्ति राशि के लिए मूल बिल/कैश मेमो/वाउचर आदि।

IMPORTANT/महत्वपूर्ण

Kindly ensure to provide the following information/documents, wherever applicable.
यदि लागू हो, तो कृपया निम्नलिखित विवरण और दस्तावेज़ उपलब्ध कराएँ।

(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 firms, etc.,) as the reimbursement amount is calculated as per approved CGHS rates per tests.
अस्पताल, डायग्नोस्टिक सेंटर या इमेजिंग सेंटर से जांच का पूरा विवरण (प्रत्येक टेस्ट का विवरण और दर, टेस्ट की सटीक संख्या, एक्स-रे आदि) प्राप्त करें, क्योंकि प्रतिपूर्ति की राशि स्वीकृत सीजीएचएस (CGHS) दरों के अनुसार प्रति टेस्ट गणना की जाती है।

(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.
मूल कागजात खो जाने की स्थिति में, अनुबंध I के अनुसार शपथ पत्र प्रस्तुत किया जाना चाहिए। बिलों की सभी फोटोकॉपी को इलाज करने वाले डॉक्टर/विशेषज्ञ द्वारा सत्यापित किया जाना चाहिए।

(c) In case of death of the card holder, Affidavit as per Annexure II to be filled and attached to claim reimbursement.
कार्ड होल्डर की मृत्यु होने पर, रीइम्बर्समेंट का दावा करने के लिए एनेक्शर II के अनुसार शपथ-पत्र भरकर साथ लगाना होगा।

(d) In case of implants, Invoice No. along with serial number of the implant to be attached.
इम्प्लांट के मामले में, इनवॉइस नंबर के साथ उसका सीरियल नंबर भी जोड़ें।

(e) In case of Coronary Stents, outer pouch of stents is to be enclosed.
कोरोनरी स्टेंट के मामले में, स्टेंट के बाहरी पाउच को बंद करके रखना होगा।

(f) In case of replacement of pacemaker/ICD etc., copy of the warranty certificate of earlier pacemaker/ ICD may be enclosed.
पेसमेकर/आईसीडी आदि के प्रतिस्थापन के मामले में, पिछले पेसमेकर/आईसीडी के वारंटी प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न की जा सकती है।

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 statements. Suitable disciplinary action shall be taken in case of serving employees.
सूचना: सीजीएचएस (CGHS) सुविधाओं का दुरुपयोग एक दंडनीय अपराध है। तथ्यों को जानबूझकर छिपाने या असत्य कथन प्रस्तुत करने की स्थिति में सीजीएचएस कार्ड निरस्त करने जैसी दंडात्मक कार्रवाई की जा सकती है। सेवारत कर्मचारियों के लिए उपयुक्त अनुशासनात्मक कार्रवाई की जाएगी।