

अतिरिक्त मण्डलीय चिकित्सालय
अनुसंधान अभिकल्प एवं मानक संगठन, लखनऊ
प्रतिपूर्ति दावा फार्म के लिये चैक लिस्ट

ऑफिस कापी

1. एम.आई.सी./आर.ई.एल.एच.एस. कार्ड की फोटोकापी
 2. गैर रेलवे अस्पताल द्वारा अनिवार्यता सह आपातकालिक प्रमाण पत्र
 3. डिस्चार्ज का विवरण (प्रतिलिपि संलग्न करें)
 4. अस्पताल का मूल बिल
 5. दवा/उपभोग्य सामग्री/इम्प्लांट आदि का मूल नगद वाउचर (बिलों की मद/तारीखनुसार साराँश)
 6. स्टंट/पेसमेकर/इम्प्लांट इत्यादि का आउटर पाउच
 7. पे – स्लिप /पी0पी0ओ0 की कापी
 8. रेफर लेटर (हाँ/नहीं)
 9. कैन्सल्ट चेक की कॉपी/ फोटोकॉपी
 10. कोई अन्य अनुलग्नक
- (यदि अनुलग्नक अधिक हो, तो अतिरिक्त अनुलग्नक की संख्या लिखें और अलग से पेपर पर विवरण लिखें)
चैक किया एवं सही पाया

चिकित्सा विभाग के व्यावाहारिक लिपिक के हस्ताक्षर
पंजीकरण संख्या

दिनांक

नोट:- उपरोक्त अनुलग्नकों के बिना फार्म स्वीकार नहीं किये जायेंगे।

अतिरिक्त मण्डलीय चिकित्सालय
अनुसंधान अभिकल्प एवं मानक संगठन, लखनऊ
प्रतिपूर्ति दावा फार्म के लिये चैक लिस्ट

अभिस्वीकृति कापी

1. एम.आई.सी./आर.ई.एल.एच.एस. कार्ड की फोटोकापी
 2. गैर रेलवे अस्पताल द्वारा अनिवार्यता सह आपातकालिक प्रमाण पत्र
 3. डिस्चार्ज का विवरण (प्रतिलिपि संलग्न करें)
 4. अस्पताल का मूल बिल
 5. दवा/उपभोग्य सामग्री/इम्प्लांट आदि का मूल नगद वाउचर (बिलों की मद/तारीखनुसार साराँश)
 6. स्टंट/पेसमेकर/इम्प्लांट इत्यादि का आउटर पाउच
 7. पे – स्लिप /पी0पी0ओ0 की कापी
 8. रेफर लेटर (हाँ/नहीं)
 9. कैन्सल्ट चेक की कॉपी/ फोटोकॉपी
 10. कोई अन्य अनुलग्नक
- (यदि अनुलग्नक अधिक हो, तो अतिरिक्त अनुलग्नक की संख्या लिखें और अलग से पेपर पर विवरण लिखें)
चैक किया एवं सही पाया

चिकित्सा विभाग के व्यावाहारिक लिपिक के हस्ताक्षर
पंजीकरण संख्या

दिनांक

नोट:- उपरोक्त अनुलग्नकों के बिना फार्म स्वीकार नहीं किये जायेंगे।

अतिरिक्त मण्डलीय चिकित्सालय, अ०अ०मा०सं०, लखनऊ

प्रतिपूर्ति दावा फॉर्म

1. रेलवे/सेवानिवृत्त कर्मचारी का नाम (स्पष्ट अक्षरों में)
 2. रेलवे/सेवानिवृत्त रेलवे कर्मचारी का पदनाम (स्पष्ट अक्षरों में)
 3. रोजगार का कार्यालय और स्टेशन
 4. रेलवे/सेवानिवृत्त कर्मचारी का ग्रेड-पे के साथ वेतन/अंतिम वेतन
 5. निवास का पता
 6. एम.आई.सी./आर.ई.एल.एच.एस. संख्या और जारीकर्ता प्राधिकारी
 - 7- I. एच.यूनिट/अस्पताल में पंजीकृत एम.आई.सी./आर.ई.एल.एच.एस.
- II. (क) रोगी का नाम और आयु
- II. (ख) रोगी का रेलवे/सेवानिवृत्त कर्मचारी से संबंध
- III. गैर रेलवे संस्थान में इनडोर/ ओ० पी० डी० उपचार और विवरण:-
- क. अस्पताल का नाम
- ख. दाखिला करने की तारीख
- ग. डिस्चार्ज होने की तारीख
- घ. निदान
- ङ. अस्पताल के बिल की कुल राशि (विस्तृत बिल संलग्न करें)
- च. क्या उपचार एमरजेंसी में लिया गया
- छ. क्या आप सी.टी.एस.ई. के सदस्य हैं (हाँ/नहीं)
- IV. क्या आप किसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी/किसी दूसरी स्वास्थ्य बीमा योजना के लिए अंशदान करते हैं यदि "हाँ" जो क्या आपने उपर्युक्त रोग के उपचार के लिए किसी भी बीमा कम्पनी से कोई राशि ली है यदि कोई राशि ली है जो एक अलग कागज पर ब्योरा दें
- V. दावा की गई कुल राशि
- VI. बैंक का विवरण जिसमें प्रतिपूर्ति की जाने वाली राशि का भुगतान किया जाना है:
- क. बैंक का नाम
- ख. बैंक खाता संख्या
- ग. शाखा एम.आई.सी.आर. कोड
- घ. आई.एफ.एस.सी. कोड

VII. अनुलग्नकों की सूची (कृपया संलग्न दस्तावेज के आगे सही का निशान लगायें एवं अतिरिक्त दस्तावेजों के बारे में उल्लेख करें)

क. एम.आई.सी./आर.ई.एल.एच.एस. कार्ड की फोटोकॉपी

ख. गैर रेलवे अस्पताल द्वारा अनिवार्यता सह आपातकालिक प्रमाण पत्र

ग. डिस्चार्ज का विवरण (प्रतिलिपि संलग्न करें)

घ. अस्पताल का मूल बिल

ङ. दवा/उपभोग्य सामग्री/इम्प्लांट आदि का मूल नगद वाउचर (यदि संलग्न हैं)

च. स्टंट/पेसमेकर/इम्प्लांट इत्यादि का आउटर पाउच

छ. पे – स्लिप /पी0पी0ओ0 की कापी

ज. रेफर लेटर (हाँ/नहीं)

झ. कैंसलड चेक की कॉपी/ फोटोकॉपी

ञ. कोई अन्य अनुलग्नक

(यदि अनुलग्नक अधिक हो, तो अतिरिक्त अनुलग्नक की संख्या लिखें और अलग से पेपर पर विवरण लिखें)

घोषण जिस पर रेल कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाने हैं

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में की गई घोषणा मेरी जानकारी और विश्वास में पूर्णतया सही है और वह व्यक्ति जिसके संबंध में चिकित्सीय व्यय किया गया, वह पूर्णतया मेरे ऊपर निर्भर है। मैं इससे अवगत हूँ कि चिकित्सीय सुविधा का दुरुपयोग या उसकी किसी प्रकार की गलत व्याख्या करने से मेरे एम.आई.सी./आर.ई.एल.एच.एस. कार्ड के रद्दकरण सहित मेरे विरुद्ध दांडिक कारवाही की जा सकती है। मैं एतद् द्वारा घोषणा करता हूँ कि मेरा अंतिम दावा है और मैं इस उपचार के संबंध में रेलवे या किसी अन्य स्वास्थ्य योजना से भविष्य में किसी प्रकार का कोई दावा नहीं करूँगा।

दिनांक

स्थान

.....
(रेलवे कर्मचारी के हस्ताक्षर)

यदि लाभार्थी के पास चिकित्सीय बीमा पॉलिसी है और वह प्रश्नाधीन उपचार के लिए दावा प्रस्तुत करना चाहता है तो वह पहले बीमा कम्पनी में दावा प्रस्तुत करे और फिर रेलवे में बीमा कम्पनी से अभिप्रमाणित दस्तावेज, बिल इत्यादि के साथ दावा प्रस्तुत करें।

..... रेलवे

चिकित्सा विभाग

अनिवार्यता सह आपातकालिक प्रमाण पत्र

मैं प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमार/कुमारी श्री/श्रीमती
..... जो भारतीय रेल में के रूप में कार्यरत् हैं, की पत्नी/पुत्र/पुत्री/आश्रित संबंधी हैं, और उनका
..... रोग के उपचार के लिए
..... अस्पताल में दिनाँक से दिनाँक तक मेरे द्वारा उपचार
किया गया। संलग्न डिस्चार्ज कार्ड संख्या एवं उनके संलग्न बिलों में वर्णित उपचार आपात स्थिति में
कराया गया, जिसमें विलंब नहीं जा सकता था। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि जो उपचार कराया गया वह आवश्यक था।

.....
गैर रेलवे अस्पताल के चिकित्सा
अधिकारी/प्रभारी के हस्ताक्षर
नाम और स्टांप/मुहर के साथ

.....
अस्पताल प्रभारी अथवा प्राधिकृत
हस्ताक्षरी के हस्ताक्षरी स्टांप/मुहर के साथ

सभी बिलों की मद / तारीखनुसार सारांश
(रोगी का नाम))

क्र० सं०	दिनाँक	बिल संख्या	दवा विक्रेता / फर्म का नाम	मद का विवरण	मात्रा	कीमत	
						अंको में	शब्दों में

.....
प्राधिकृत चिकित्साधिकारी के हस्ताक्षर

.....
चिकित्साधिकारी / अस्पताल के इंचार्ज के हस्ताक्षर

Extra Divisional Hospital
Research Design & Standards Organisation
CHECK LIST FOR RE-IMBURSEMENT FORM

OFFICE COPY

1. Photocopy of MIC/ RELHS card
2. Essentiality cum Emergency Certificate by the Non-Railway Hospital
3. Discharge Summary
4. Original Bills of Hospital
5. Original Cash vouchers of Drugs/consumables/implants etc. if relevant
6. Outer pouch of Stent, Pacemaker, Implants etc.
7. Copy of Pay-Slip/ P.P.O.
8. Reference Letter (Yes/No)
9. Copy of Cancelled Cheque/ Photocopy
10. Any other enclosure (In case of many enclosures, write number of additional enclosures here and attach a separate sheet with details)

Checked and found O. K.

Sign. Of Dealing Clerk of Medical Deptt.

Registration No.

Date

Note:- Without above enclosures form will not be accepted.

Extra Divisional Hospital
Research Design & Standards Organisation
CHECK LIST FOR RE-IMBURSEMENT FOR

ACKNOWLEDGMENT COPY

1. Photocopy of MIC/ RELHS card
2. Essentiality cum Emergency Certificate by the Non-Railway Hospital
3. Discharge Summary
4. Original Bills of Hospital
5. Original Cash vouchers of Drugs/consumables/implants etc. if relevant
6. Outer pouch of Stent, Pacemaker, Implants etc.
7. Copy of Pay-Slip/ P.P.O.
8. Reference Letter (Yes/No)
9. Copy of Cancelled Cheque/ Photocopy
10. Any other enclosure (In case of many enclosures, write number of additional enclosures here and attach a separate sheet with details)

Checked and found O. K.

Sign. Of Dealing Clerk of Medical Deptt.

Registration No.

Date

Note:- Without above enclosures form will not be accepted.

Extra Divisional Hospital, RDSO, Lucknow

REIMBURSEMENT CLAIM FORM

1. Name of the Railway/ Retd. Employee (in BLOCK letters)
2. Designation of the Railway/ Retd. Employee (in BLOCK letters)
3. Office and Station of employment
4. Pay/Last Pay of the Railway/ Retd. Employee including grade pay
5. Residential Address
6. MIC/ RELHS no. and issuing Authority
7. MIC/ RELHS registered at H Unit/ Hospital
- II. (A) Name and age of the patient
- II. (B) Patient's relationship of the Rly. /Retd. Employee
- III. Details of Indoor/OPD Treatment at Non-Railway Institute
 - A. Name of Hospital
 - B. Date of Admission
 - C. Date of Discharge
 - D. Diagnosis
 - E. Amount of Total Hospital Bill (Attach detailed bill)
 - F. Whether Treatment was taken in Emergency
 - G. Are you a CTSE member (Y/N)
- IV. Whether subscribing to any Health Insurance Policy or covered under any other health scheme:

If yes, have you received any amount from insurance company for the treatment in question. Give details if any on separate sheet of paper.
- V. Total Amount Claimed
- VI. Details of Bank account where Reimbursement amount is to be paid:
 - a. Name of Bank
 - b. Account No.
 - c. Branch MICR Code
 - d. IFSC Code
- VII. List of enclosures (Please Tick the documents attached and write additional documents)
 - A. Photocopy of MIC/ RELHS card
 - B. Essentiality cum Emergency Certificate by the Non-Railway Hospital
 - C. Discharge Summary
 - D. Original Bills of Hospital
 - E. Original Cash vouchers of Drugs/consumables/implants etc. if relevant

- F. Outer pouch of Stent, Pacemaker, Implants etc.
- G. Copy of Pay-Slip/ P.P.O.
- H. Reference Letter (Yes/No)
- I. Copy of Cancelled Cheque/ Photocopy
- J. Any other enclosure

..... (In case of many enclosures, write number of additional enclosures here and attach a separate sheet with details)

DECLARATION TO BE SIGNED BY THE RAILWAY EMPLOYEE

I hereby declare that the statements in this application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me. I am aware that misuse of medical facilities or misrepresentation of any kind can attract penal action including cancellation of MIC/RELHS Card. I hereby declare that this is my final claim and I shall not make any claim in future to Railway or any other health scheme in respect to this treatment episode.

Date

.....

Place

Signature of the Railway employee

In case the beneficiary has medical insurance policy and intend to make claim for the treatment in question then he/she may make claim to insurance company first and then submit claim to Railway with documents, bills etc. attested by insurance company.

..... Railway

MEDICAL DEPARTMENT

ESSENTIALITY CUM EMERGENCY CERTIFICATE

I certify that Shri/Shrimati/Kumar/Kumari wife/
son/ daughter/ dependent relative of Shri/Shrimati....., employed in
Indian Railways as, has been under treatment for
.....

..... disease from to at
the and that the treatment as described in the attached
Discharge Card No. and attached bills thereon were provided due to an emergency
situation, treatment for which could not have been delayed. I further certify that the treatment provided was
essentially required.

.....
**Signature of the Medical Officer
In charge of the case at the Non-Railway Hospital
With Name and Stamp/ Seal**

.....
**Signature of Hospital In-charge or
Authorized signatory With Name and Stamp/ Seal**

