

## चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा भुगतान हेतु चेकलिस्ट

- 1- आवेदन फार्म पूर्ण रूप से भरा हुआ हो उक्त आवेदन पत्र में अंकित स्थाई पता पर पिन कोड नम्बर,मोबाइल नम्बर अंकित जाना आवश्यक है ।
- 2-अगर कर्मचारी/आश्रित को रेफर किया गया है तो रेफर पत्र की छाया प्रति संलग्न करे ।
- 3-डिस्चार्ज/बहिरंग विभाग के प्रेस्क्रिप्शन स्लिप की मूल प्रति संलग्न करे ।
- 4-मेडिकल कार्ड/RELHS कार्ड की छाया प्रति संलग्न करे ।
- 5-सभी मूल बाउचर के साथ बाउचर की छाया प्रति पर उपचार करने वाले चिकित्सक का हस्ताक्षर एवं शील लगा कर प्रति संलग्न करे ।
- 6-बाउचर सम्बंधित समरी आवेदन पत्र फार्म में उपलब्ध है उसे पूर्ण कर उपचार करने वाले चिकित्सक का हस्ताक्षर एवं शील लगा कर जमा करे ।
- 7-बहिरंग विभाग/अन्य संस्थान की दवा क्र,हीमोडाइलिसिस करने हेतु रेलवे चिकित्सक की अनुमित प्रमाण पत्र संलग्न करे ।
- 8-मरीज को पेसमेकर लगा है तो उसे पेसमेकर का चिप,गारन्टी कार्ड की मूल प्रति संलग्न करे ।
- 9-मरीज को स्टैण्ड लगा है तो स्टैट का चिप,गारन्टी कार्ड की मूल प्रति संलग्न करे ।
- 10-अगर बिना रेफर पत्र के उपचार कराया गया है तो आवेदन पत्र में संलग्न आपातकालीन प्रमाण पत्र पूर्ण करा कर आवेदन जमा करे ।
- 11- अगर बिना रेफर पत्र के उपचार कराया गया है तो रेलवे चिकित्सक को पूर्व में दिया गया सूचना की छाया प्रति संलग्न करे ।
- 12- बिना रेफर कराये गये उपचार के आवेदन फार्म के साथ किररी अन्य संस्था से भुगतान न प्राप्त करने कर धोपणा,अनुबन्ध -VI को पूर्ण करना आवश्यक है ।
- 13- आवेदन पत्र में नियंत्रक अधिकारी का हस्ताक्षर एवं मुहर के साथ यह भी अंकित करये कि कर्मचारी एल.ए.पी.आकस्मिक अवकाश या रेलवे सिक में था का विवरण अंकित कराकर जमा करे ।
- 14- बैंक का डिटेल( कर्मचारी का नाम,बैंक का नाम पूर्ण पता के साथ,खाता संख्या,आई.एफ.एस.सी.कोड,शहर का नाम) संलग्न करे ।
- 15- पेन कार्ड की छाया प्रति ।
- 16-आधार कार्ड की छाया प्रति ।
- 17-पीपीओ/पेरिस्लिप
- 18- अगर आपातकालीन में उपचार कराया गया है तो एक आवेदन पत्र संलग्न करे ।

आवेदक का हस्ताक्षर

कर्मचारी का नाम—————

पद,कार्यस्थल—————

मोबाइल नम्बर—————

N. E. RAILWAY

To be submitted by reimbursement, claimants along with the reimbursement cases.

APPLICATION FORM FOR REIMBURSEMENT THROUGH RTGS/NEFT.

1. Name of the Individual :
2. Address :
3. Phone number of the individual :
4. Name of Beneficiary's Bank  
Branch and address
5. IFSC Code of Beneficiary's Bank:
6. Type of Account Number :
7. P. F. No. :

I do hereby declares that the particulars given above are correct and complete. If the transaction is delayed or not effected at all for reasons of incomplete or incorrect information that user Institute i.e. N. E. Railway will not be held responsible.

Yours faithfully

(Signature of the claimant & Designation)

## REIMBURSEMENT CLAIM FORM

1. Name of the Railway/Rtd. Employee (in Block Letters) \_\_\_\_\_
2. Designation of the Railway/Rtd. Employee (in Block Letters) \_\_\_\_\_
3. Office and Station of employment \_\_\_\_\_
4. Pay/Last Pay of the Railway/Rtd. Employee including grade pay \_\_\_\_\_
5. Residential Address \_\_\_\_\_
6. MIC/RELES no. and Issuing Authority \_\_\_\_\_
7. MIC/RELES registered at H.Limit/Hospital \_\_\_\_\_

I (A) Name and age of the patient \_\_\_\_\_

II (B) Patient's relationship to the Rly/Rtd. Employee \_\_\_\_\_

## III. Details of In-door/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 the 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/RELES card
- B. Essentiality cum Emergency Certificate by the Non Rly. 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. 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/RELES Card. I hereby declare that this is my final claim and I shall not make any claim in future to Rly or any other health scheme in respect to this treatment episode.

Signature of the Railway Employee

Date .....

Place .....

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 Rly with documents, bills etc. attested by insurance company.

NE RAILWAY

MEDICAL DEPARTMENT

Photo of patient  
affixed and to be  
attested by doctor  
of private hospital.

## ESSENTIALITY cum EMERGENCY CERTIFICATE

I certify that Shri/ Srimati/ Kumar/ Kumari .....wife/ son/ daughter /  
dependent relative of Shri/ Srimati .....  
employed in Indian Railway as ..... has been under my  
treatment for ..... disease from ..... to ..... at the  
..... hospital 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 Stamp/Seal

## Recommendation of the Committee:

This is to certify that Shri/Smt. ....Son/  
Daughter/Dependent of ..... (Name of the employee/  
RELHS card holder) Designation.....  
Station ..... was admitted/took treatment from .....  
to ..... in ..... a private  
hospital/ Govt. hospital in emergency which has been verified by the  
committee after going through the hospital documents/ records related to  
treatment/ admission/ discharge of the patient in this hospital. Based on  
these documents and in the light of Railway Board's letter No. 2005/H/6-  
4/Policy II dt. 31.01.2007. emergency for treatment/admission of Shri/Smt.  
..... in ..... hospital is considered  
justified/not justified.

ADMO/DMO/SE/DMO/ACMS

ADMO/DMO/SE/DMO/ACMS

ADMO/DMO/SE/DMO/ACMS

MD/CMS



## अनुबन्ध-VI

प्राइवेट चिकित्सालयों/अमान्यता प्राप्त संस्थाओं में रेलवे कर्मचारी को उपचार पर बि.द. एवं चिकित्सीय लागू की प्रतियुक्ति के लिये दावे के प्रस्तुतीकरण के लिये प्रपत्र—

- 1- रोगी का नाम—
- 2- आयु व लिंग—
- 3- रेल कर्मचारी का नाम व रोगी से सम्बन्ध—
- 4- पद, पदनाम व स्थान—
- 5- वेतन—
- 6- संस्था का नाम जहाँ पर चिकित्सा के लिये ले जाया गया—
- 7- प्रदेश की तिथि—
- 8- छुट्टी की तिथि—
- 9- दावे के प्रस्तुतीकरण की तिथि—
- 10- विलम्ब से लिये के कारण (यदि 3 माह से अधिक का विलम्ब हो) —
- 11- अस्पताल में भर्ती रहने की कुल अवधि—
- 12- अधिक समय तक भर्ती रहने के कारण (यदि 48 घंटे से अधिक तक के लिए भर्ती रहे) —
- 13- चिकित्सीय आपात स्थिति का प्रकार—
- 14- क्या उपचार के लिये रेलवे/सरकारी सुविधा उपलब्ध नहीं थी? —
- 15- निकट सरकारी अस्पताल की दूरी और क्या वहाँ सुविधाएँ उपलब्ध हैं? —
- 16- निकट रेलवे अस्पताल की दूरी और क्या वहाँ पर सुविधाएँ थी? यदि नहीं तो सुविधाओं सहित रेलवे अस्पताल कितनी दूरी पर है?
- 17- निवास/बीमारी होने के स्थान से प्राइवेट अस्पताल की दूरी जाहें सुविधाएँ उपलब्ध कराई गईं ।
- 18- रेलवे चिकित्सा अधिकारी को उक्त प्रवेद्य की सूचना कब दी गई ।
- 19- क्या रोगी ने वर्तमान रूग्णता के लिये पहले या बाद में कोई चिकित्सा कराई (यदि यह पहले विधानगत थी) और यदि हाँ तो कब? —
- 20- दावे की कुल राशि ( भुगतानों के ब्यौरो सहित)
- 21- सरकारी अस्पताल में चिकित्सा कार्य जाने की स्थिति में भुगतान का मदवार ब्यौरा
- 22- मुख्य चिकित्सा निदेशक के शब्दशः विचार
- 23- विसमूलेधि के शब्दशः विचार

## कर्मचारी द्वारा धोषणा

मैं धोषणा करता हूँ कि उक्त उपचार हेतु किसी अन्य (LIC इत्यादि ) से कोई चिकित्सा अग्रिम राशि नहीं प्राप्त की गई है और उक्त दावा के भुगतान के उपरान्त भविष्य में दुबारा प्रेषित नहीं करूँगा।

प्रार्थी

कर्मचारी का नाम \_\_\_\_\_

पद \_\_\_\_\_

कार्यस्थल \_\_\_\_\_

दिनांक \_\_\_\_\_