

चैक लिस्ट आफ रियम्बर्समेन्ट क्लेम

मरीज का नामकर्मचारी का नाम

पदनामअधीन.....मो.नं.....

कर्मचारी पीएफ क्रमांक 453..... बिल यूनिट क्रमांक

1	इलाज की अवधि From	To	पृष्ठ नं.
2	क्या रेलवे अस्पताल को सूचना/आवेदन दिया	YES/NO	
3	उपचार बाबत स्पष्टीकरण एवं आवेदन (Case Summery)	YES/NO	
4	Reimbursement Claim Form	YES/NO	
5	डिस्चार्ज सर्टिफिकेट/डेथ समरी(मूल प्रति) ट्रीटिंग डॉक्टर से सत्यापित	YES/NO	
6	आरईएलएचएस/मेडकल कार्ड नं. एवं जेरोक्स कॉपी सत्यापित	YES/NO	
7	फाईनल अस्पताल बिल ट्रीटिंग डॉक्टर द्वारा हस्ताक्षरित एवं सील सहित	YES/NO	
8	दवाईयों एवं जाँच रिपोर्ट के बिल ट्रीटिंग डॉक्टर द्वारा हस्ताक्षरित एवं सील सहित (भर्ती से डिस्चार्ज तक)	YES/NO	
9	विभाग प्रमुख का अग्रेषण ।	YES/NO	
10	दावा की गई रकम का जोड़ क्यो टेली हो रहा है ।	YES/NO	
11	क्या जाँच रिपोर्ट/इन्वेस्टीगेशन रिपोर्ट संलग्न है ।	YES/NO	
12	रेलवे चिकित्सा के उपचार संबंधी प्रपत्र (यदि उपचार लिया हो तो)	YES/NO	
13	Attested copies of pay slip/PPO	YES/NO	
14	क्लेम राशि रू.		
15	यदि क्लेम रकम रू.2,00,000/- से अधिक हो तो एक मूल व 03 फाइल छाया प्रति और यदि रू.2,00,000/- से कम हो तो एक मूल व एक छाया प्रति फाइल जमा करना है । फाईलिंग का क्रम रहेगा :- सबसे नीचे जांच रिपोर्ट की छाया प्रति सेल्फ अटेस्टेड उसके ऊपर सभी पैड बिल्स, हस्पताल फाईल बिल एवं डिस्चार्ज सर्टीफिकेट मूल प्रति में		

<p>ट्रीटिंग डॉक्टर से सत्यापित उसके ऊपर RELHS/MIC & Pay Slip/PPO की सत्यापित छाया प्रति उसके ऊपर क्लैम फार्म सेट उसके ऊपर केस समरी । फाइल को विभाग प्रमुख का अग्रेषण के साथ जमा कराये ।</p> <p>(पेज नंबर आखिरी पेज 1, उसके ऊपर 2, फिर 3..... के क्रम में किया हुआ)</p>	YES/NO	
--	--------	--

कर्मचारी के हस्ताक्षर

प्रतिपूर्ति दावा फार्म

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. एमआईसी/आरईएलएचएस संख्या और जारीकर्ता प्राधिकारी
7. एच.यूनिट/अस्पताल में पंजीकृत एमआईसी/आरईएलएचएस

II(क) रोगी का नाम और आयु

II(ख) रोगी का रेलवे/सेवानिवृत्त कर्मचारी से संबंध

III गैर रेलवे संस्थान में इनडोर (Indoor) 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 है (हाँ या नहीं)

IV क्या आप किसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी/किसी दूसरी स्वास्थ्य बीमा योजना के लिए अंशदान करते है यदि "हाँ" तो क्या अपने उपर्युक्त रोग के उपचार के लिए किसी भी बीमा कम्पनी से कोई राशि ली है यदि कोई, राशि ली है तो एक अलग कागज पर पूरा ब्योरा दें.....

V दावा की गई कुल राशि

VI बैंक खाता 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 फोटो कापी

ख. गैर रेलवे अस्पताल द्वारा अनिवार्यता सह आपातकालिक प्रमाण पत्र

ग. डिस्चार्ज का विवरण

घ. अस्पताल के मूल बिल

ड. दवा/उपभोग्य सामग्री/इम्प्लांट आदि का मूल नगद वाउचर (यदि संगत है)

च. स्टंट/पेस मेकर/इम्प्लांट इत्यादि का आउटर पाउच

छ. कोई अन्य अनुलग्नक.....

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

कमश:.....2/-

//2//

घोषणा जिस पर रेल कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाने है ।

मैं एतद 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 कार्रवाई की जा सकती है । मैं एतद द्वारा घोषणा करता हूँ कि यह 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 करूंगा ।

दिनांक

स्थान

.....
(रेलवे कर्मचारी के हस्ताक्षर)

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। 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 to Railway with **documents, bills etc. attested by the insurance company.**

पश्चिम मध्य रेल,

भोपाल मंडल
चिकित्सा विभाग

अनिवार्यता सह आपातकालिक प्रमाण पत्र

मैं प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमति/कुमारी/कुमार.....
श्री/श्रीमति.....जो भारतीय रेल मै.....के
रूप में कार्यरत है, कि पत्नी/पुत्र/पुत्री/आश्रित संबंधी है, और उनका.....
रोग के उपचार के लिए.....अस्पताल में दिनांक.....
से दिनांक.....तक मेरे द्वारा उपचार किया गया । संलग्न डिस्चार्ज कार्ड
संख्या..... अवाम उनके संलग्न बिलों में वर्णित उपचार आपात
स्थिति में कराया जिसमें विलंब नहीं किया 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 हस्ताक्षर स्टांप/मुहर के साथ

पश्चिम मध्य रेल,

भोपाल मंडल

Annexure of check list for claim for reimbursement on
account of railway/non-railway treatment.

Name of Employee :-----Desig:-----

Office :-----

Sr.No.	Details of amount claimed	Amount claimed in ₹	Amount admissible in ₹	Remark if any
1.	Medicine Charges			
2.	Bed Charges			
3.	Pathology charges			
4.	Radiology charges			
5.	Others (give detaila)			
6.				
	Total Amt Claimed in ₹			

Signature of Employee

Breakup of Claimed (Medicine)

Name of Employee:-----Desig:-----

Date of Admission:-----Date of Discharge:-----

Sr.No.	Bill No.	Bill Date	Page No.	Amount Claimed in ₹	Amount Admissable in ₹	Remarks if any
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
		TOTAL				

SIGNATURE OF EMPLOYEE