

प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र

REIMBURSEMENT CLAIM FORM

1. सेवारत/सेवानिवृत्त रेल कर्मचारी का नाम (बड़े अक्षरों में)

Name of the Railway/retd. employee (in BLOCK letters)

2. सेवारत/सेवानिवृत्त रेल कर्मचारी का पदनाम (बड़े अक्षरों में)

Designation of the Railway retd. employee (in BLOCK letters)

3. कार्यालय और स्टेशन

Office and Station of employment

4. सेवारत/ सेवानिवृत्त रेल कर्मचारी का वेतन/अंतिम वेतन ग्रेड वेतन सहित

Pay/Last Pay of the Railway/retd. employee including grade pay

5. आवासीय पता

Residential address

1. एमआईसी/आरईएलएचएस नं. और जारीकर्ता/प्राधिकारी

MIC/RELHS no. and issuing Authority

एमआईसी/आरईएलएचएस पंजीकृत स्वास्थ्य

यूनिट व अस्पताल

MIC/RELHS registered at Health Unit Hospital

I A) रोगी का नाम और उम्र

Name and age of the patient

(B) सेवारत/ सेवानिवृत्त रेल कर्मचारी के साथ रोगी का संबंध.

Patient's relationship to the Railway/retd. employee

III. रेलवेतर संस्थान में प्राप्त इनडोर ट्रीटमेंट का विवरण

Details of Indoor Treatment at Non Railway Institute

A. अस्पताल का नाम :

Name of Hospital:

B. अडमिशन की तिथि:

Date of Admission:

C. डिस्चार्ज की तिथि :

Date of Discharge:

D. निदान :

Diagnosis:

E. अस्पताल बिल की कुल राशि (विस्तृत बिल संलग्न करें)

Amount of Total Hospital Bill(Attach detailed bill)

F. क्या इमरजेंसी में इलाज किया गया था

Whether Treatment was taken in Emergency

G. क्या आप सीटीएसई का सदस्य हैं (हां/नहीं):

Are you a CTSE member (Y/N):

IV. क्या आप किसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी का सदस्य हैं या किसी अन्य स्वास्थ्य योजना में शामिल हैं: यदि हाँ,

तो क्या आपको उक्त उपचार के लिए बीमा कंपनी से कोई राशि प्राप्त हुई है. यदि हां तो अलग शीट पर

विवरण प्रस्तुत करें.

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. दावे की कुल राशि:

Total Amount claimed: _____

V. बैंक खाते का विवरण जहां प्रतिपूर्ति राशि का भुगतान किया जाना है

Details of Bank account where Reimbursement amount is to be paid

a) बैंक का नाम

b) खाता संख्या

Name of Bank _____

Account No. _____

c) शाखा एमआईसीआर कोड

d)आईएफएससी कोड

Branch MICR Code _____

IFSC Code _____

VI. संलग्नकों की सूची (कृपया संलग्न दस्तावेजों पर टिक करें और अतिरिक्त दस्तावेज लिखें).

List of enclosures (Please Tick the documents attached and write additional documents).

A. एमआईसी/आरईएलएचएस कार्ड की प्रति

Photocopy of MIC/RELHS Card

B. रेलवेतर अस्पताल द्वारा जारी अनिवार्यता व आपात प्रमाणपत्र.

Essentiality cum Emergency Certificate by the Non.Rly.Hospital

C. डिस्चार्ज सार

Discharge Summary

D. अस्पताल के मूल बिल

Original Bills of Hospital

E. यदि संबंधित हो, तो दवाएं/कन्स्यूमबल/इम्प्लांट आदि के मूल नकद वाउचर.

Original Cash vouchers of Drugs/consumables/implants etc. if relevant.

F. स्टेंट, पेसमेकर, इम्प्लांट आदि का आउटरपाउच.

Outer pouch of Stent, pacemaker, Implants etc.

G. कोई अन्य संलग्नक (कई संलग्नक के मामले में, अतिरिक्त संलग्नकों की संख्या यहां लिखें और विवरण के साथ अलग शीट संलग्न करें.)

Any other enclosures _____

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

रेल कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित की जाने वाली घोषणा

DECLARATION TO BE SIGNED BY THE RAILWAY EMPLOYEE

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूं कि इस आवेदन में दिए गए विवरण मेरी पूरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य है और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूरी तरह मुझ पर निर्भर है. मुझे पता है कि चिकित्सा सुविधाओं के दुरुपयोग या किसी भी प्रकार की गलत बयानी पर एमआईसी/आरईएलएचएस कार्ड को रद्द करने के साथ-साथ दंडात्मक कार्रवाई की जा सकती है. मैं एतद्वारा घोषणा करता हूं कि यह मेरा अंतिम दावा है और मैं भविष्य में इस उपचार के संबंध में रेलवे या किसी अन्य स्वास्थ्य योजना से कोई दावा नहीं करूंगा.

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 Rly or any other health scheme in respect to this treatment episode.

रेल कर्मचारी के हस्ताक्षर

Signature of the Railway employee

दिनांक

Date:

स्थान

Place:

यदि लाभार्थी के पास चिकित्सा बीमा पॉलिसी है और वह संबंधित उपचार के लिए दावा करना चाहता है तो वह पहले बीमा कंपनी से दावा कर सकता है और फिर बीमा कंपनी द्वारा सत्यापित दस्तावेजों, बिलों आदि के साथ रेलवे को दावा प्रस्तुत कर सकता है.

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.

-----रेलवे Railway
चिकित्सा विभाग
MEDICAL DEPARTMENT
अनिवार्यता व आपात प्रमाणपत्र
ESSENTIALITY AND EMERGENCY CERTIFICATE

मैं प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमार/कुमारी-----जो भारतीय रेलवे में कार्यरत श्री/श्रीमती -----, पदनाम-----के पत्नी/पुत्र/पुत्री/आश्रित हैं और ----- बीमारी के लिए उनका इलाज ----- से-----तक----- अस्पताल में किया गया है. संलग्न डिस्चार्ज कार्ड नंबर----- और संलग्न बिलों में बताया गया उपचार आपात स्थिति में किया गया था, जिसमें कोई विलंब नहीं किया जा सकता था. मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि दिया गया उपचार अनिवार्य रूप से आवश्यक था.

I certify that Shri/Shrimati/Kumar/Kumari_____ wife / son / daughter / dependent relative of Shri / Shrimati_____ 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.

रेलवेतर अस्पताल के मामले में नाम एवं मोहर/सील सहित प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of the Medical Officer In charge of the case at the non-Railway hospital
with Name and Stamp / Seal

मोहर/सील के साथ अस्पताल प्रभारी या प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के हस्ताक्षर
Signature of Hospital In-charge or Authorized signatory with Stamp / Seal