

प्रतिपूर्ति दावा फार्म के लिये चैक लिस्ट
CHECK LIST FOR REIMBURSEMENT CASES

1. चिकित्सा/आर.ई.एल.एच.एस./पहचान-पत्र की राजपत्रित अधिकारी द्वारा सत्यापित प्रतिलिपि।
Medical card/RELHS medical card photocopy duly attested by gazetted officer.
2. (A) रेफर्ड स्लिप
Referred Slip
(B) जिन केसों को रेफर नहीं किया गया हो, कर्मचारी/सेवानिवृत्त कर्मचारी का प्रार्थना-पत्र जिसमें मरीज को अस्पताल में भर्ती करने के समय मरीज की हालत/उन हालातों का उल्लेख करें जिसके कारण नान-रेलवे अस्पताल में इलाज करवाया गया है।
For non-referred cases Application of employee describing the condition of the patient and circumstances for going directly to non-railway hospital.
3. डिस्चार्ज स्लिप का मूल प्रमाण-पत्र/पर्ची
Discharge slip in original
4. बिल/वाउचर की मूल प्रतियां
इलाज करने वाले डाक्टर द्वारा हस्ताक्षरित/प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित
Bill/Vouchers (In original)
(Duly countersigned by treating Doctor)
5. सभी बिलों की समरी क्रम व तारीखनुसार जैसा कि प्रतिपूर्ति दावा फार्म के फुटनोट 2 (f) में दर्शाया गया है जो इलाज करने वाले डाक्टर द्वारा हस्ताक्षरित/प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित।
Summary of bills in serial number/date wise as given in reimbursement claim form, foot note 2 (f) (duly countersigned by treating Doctor and countersigned by AMO).
6. इलाज करने वाले अस्पताल के डाक्टर द्वारा जारी आवश्यकता प्रमाण-पत्र जो कि अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक या इन्चार्ज द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित।
Essential certificate (signed by treating Doctor and countersigned by Medical Supdt./incharge of the hospital).
7. चिकित्सा प्रतिपूर्ति फार्म कर्मचारी एवं नियंत्रण अधिकारी/यूनिट प्रभारी द्वारा प्रति हस्ताक्षरित।
Medical reimbursement form duly signed by employee and controlling officer.

चैक किया एवं सही पाया
Checked and found O.K.

.....
चिकित्सा विभाग के व्यावहारिक लिपिक के हस्ताक्षर
Sign. of Dealing Clerk of Medical Deptt.

पंजीकरण संख्या

Regn. No.

दिनांक

Date

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

Note :- Without above enclosures form will not be accepted

(2)

उत्तर रेलवे
NORTHERN RAILWAY

अनुबन्ध 'क' पत्र संख्या नं. 494-ई/O VII/ई IV, दिनांक 29-2-99/31-3-99
Annexure 'A' to letter No. 494-E/O VII/E IV, dated 29-2-99/31-3-99

चिकित्सा प्रतिपूर्ति-फार्म
MEDICAL REIMBURSEMENT FORM

1. कर्मचारी/भूतपूर्व कर्मचारी का नाम
Name of Employee/Ex. Employee
2. कर्मचारी सेवारत/सेवानिवृत्त हैं
Whether serving or retired
3. पदनाम
Designation
4. किस कार्यालय/यूनिट में तैनात है
Office/Unit of posting
5. कर्मचारी का वेतन दर एवं वेतनमान अगर कर्मचारी सेवा-निवृत्त है तो
उसकी अंतिम वेतन दर :-
Pay & Scale of Employee/Pay last drawn in case of
ex-employee.
6. रोगी का नाम
Name of Patient
- जिस रोगी के लिए प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है उसका रेल कर्मचारी
से सम्बन्ध।
Relationship with railway employee for whom reimburse-
ment is claimed.
7. रोगी की आयु
Age of Patient
8. चिकित्सा/सेवा-निवृत्त कर्म० उदा० स्था० योजना पहचान-पत्र सं.
Medical/RELHS I/Card No.
9. रोगी को रेफर किया गया अथवा नहीं
Whether referred or non referred
1. अगर रोगी को रेफर किया गया/अथवा नहीं
If referred by whom ?
2. जिस अस्पताल में उपचार किया गया उसका नाम
Name of the institution where treatment is taken
3. अस्पताल में भर्ती होने की तारीख
Date of admission
4. अस्पताल से छुटी मिलने की तारीख
Date of discharge
5. प्रतिपूर्ति के लिए दावा करने की तारीख

16. यदि प्रतिपूर्ति के लिए दिया गया दावा छः माह से अधिक विलम्ब से
किया गया हो तो देर से दावा प्रस्तुत करने का कारण।
Reasons for delayed, submission of claim, it delayed for
more than 6 months.
17. अन्तरंग रोगी के रूप में भर्ती रहने की कुल अवधि
Total period of stay as indoor patient
- 18.* अधिक समय तक भर्ती रहने का कारण—यदि 48 घंटों से अधिक समय
तक भर्ती रहा हो।
Reasons for long stay (if stayed for more than 48 hrs.)
- 19.* आपातकालीन चिकित्सा का विवरण
Type of medical emergency
- 20.* क्या उपचार के लिए रेलवे-सरकारी सुविधा उपलब्ध नहीं थी ?
Was there no Railway/Govt./facility available to deal it ?
- 21.* निवास स्थान से निकटतम सरकारी अस्पताल की दूरी एवं क्या वहां
उपचार की सुविधा उपलब्ध है।
Distance of the nearest Govt. Hospital & whether facilities
available there.
- 22.* निवास स्थान से निकटतम रेलवे अस्पताल की दूरी एवं वहां उपलब्ध
उपचार की सुविधा रेलवे अस्पताल नहीं है तो निवास स्थान से कितनी
दूर है।
Distance of the nearest Rly. Hospital & whether facilities
available there. If not, how far is the Railway Hospital with the
facilities available.
- 23.* निवास स्थान बीमारी स्थान से प्राईवेट अस्पताल की सुविधा हैं तो
उसकी दूरी।
Distance of the Private Hospital from residence/Place of
illness, where facilities availed.
- 24.* अस्पताल में भर्ती होने की सूचना रेल चिकित्सा अधिकारी को कब दी
गई ?
When the Railway Medical Officer was informed about such
admission ?
- 25.* क्या रोगी इस बीमारी से पहले या बाद में किसी प्रकार का उपचार
लिया यदि इससे पूर्व उपचार लिया हो यदि हां, तो कब ?
Did the patient take any treatment before or after for the present
sickness (if this existed before). and if yes, when ?
- 26.* प्रतिपूर्ति के लिए किए गए दावों की कुल राशि खरीदी गई दवाओं के
अलग-अलग खर्चों सहित नीचे दिए गए फुट नोट की मद सं. (च) की
विस्तृत हिदायतों अनुसार।
Total amount claimed (with break-up of charges) (detailed
instructions at (f) of foot note below).
- 27.* अनुलग्नकों की कुल संख्या
Total number of enclosures.

28.* कर्मचारी के घर का पता
Employee's residential address

29.* बीमार पड़ने का स्थान व पता
Place/Address of falling sick

30.* फोन नं.
Phone No.

नियंत्रण अधिकारी यूनिट प्रभारी के प्रति हस्ताक्षर
केवल सेवारत कर्मचारियों के मामले में
Counter sign of Controlling Officer/Unit Incharge
(in case of serving employees only)

कर्मचारी/सेवा निवृत्त कर्मचारी
पति/पत्नी के हस्ताक्षर
Signature of Employee/
Ex-Employees/Spouse

चिकित्सा प्रतिपूर्ति के लिए दावा करने वाले कर्मचारी चिकित्सा प्रतिपूर्ति के घोषणा पत्र पर हस्ताक्षर करें।

Declaration to be signed by the person claiming Medical Reimbursement :-

मैं, एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ की इस आवेदन में दी गई घोषणाएं मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सत्य हैं और
I hereby declare that the statement in this application are true to the best of my knowledge and belief and

- (i) कि जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया था, वह मुझ पर पूर्ण रूप से आश्रित है।
That the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.
- (ii) चिकित्सा व्यय स्वयं पर किया गया।
The medical expenses were incurred for self.

उपर्युक्त i एवं ii में से जो लागू न हो उसे काट दिया जाए।
(Strike-out what is not applicable from (i) & (ii) above)

दिनांक :
Date :

स्थान :
Place :

रेल कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature of Rly. Servant/

पदनाम एवं कार्यालय
Designation and office to
which attached

फुट नोट/Foot-note

1. मद सं. 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 एवं 25 केवल उन्हीं मामलों पर लागू होती है जिन्हें रेफर नहीं किया गया हो।

Item No. 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 & 25 are applicable only for non-referred cases.

2. इस प्रोफार्मा के साथ निम्नलिखित दस्तावेज संलग्न किए जाएं :-

Following documents should be attached with this proforma :-

- (i) कर्मचारी/सेवानिवृत्त कर्मचारी उन परिस्थितियों का उल्लेख करते हुए आवेदन करें जिनके तहत इलाज करवाया हो।
Employees/Retired Employees Application giving circumstances under which he/she took treatment.
- (ii) चिकित्सा/आर.ई.एल.एच.एस. पहचान-पत्र की राजपत्रित अधिकारी द्वारा विधिवत् प्रमाणित हो-फोटो प्रति।
Photo copy of Medical/RELHS I.D. Card (duly attested by a Gazetted Officer)
- (iii) उपचार करने वाले अधिकारी द्वारा जारी मूल चिकित्सा प्रमाण जिसे अस्पताल के चिकित्सा निदेशक द्वारा प्रतिहस्ताक्षर किया गया हो।
Essentiality certificate issued by the treating doctor of hospital countersigned by Medical Supdt. of the treating hospital.
- (iv) अस्पताल छोड़ने का मूल प्रमाण-पत्र/पर्ची।
Discharge certificate/slip in original.
- (v) उपचार करने वाले अधिकारी द्वारा विधिवत् प्रति हस्ताक्षरित बिल/वाउचर्स।
Bills/Vouchers (in original) duly countersigned by treating officer (Authorised M.O.)

- (vi) सभी बिलों का फुटकर विवरण—इसका तात्पर्य होगा कि उपर्युक्त मद (ड) प्रस्तुत किए गए सभी बिल/वाउचर उचित ढंग से प्रस्तुत किए गए हैं। उदाहरण के लिए :-
Detailed item-wise break-up of all the bills (this means all bills/vouchers submitted at (v) above should be reproduced in Legible Manner) for e.g. :-

बिल सं. Bill No.	दवा विक्रेता-दुकान का नाम Name of Chemist/Shop	दिनांक Date
	मदों का विवरण Description of item	मात्रा Qty.
		कीमत Price
		रुपये/Rs. पै./P.
1.		
2.		
3.		
4.		
कुल जोड़/Total		

- (vii) रेफर किए गए मामलों में, रेफर स्लिप की मूल प्रति संलग्न करें।
In case of referred cases, attach original referred slip.

- (viii) केस प्रस्तुत करने के लिए हिदायतें :-

Instruction for submission :-

रेफर किए गए मामलों में आवेदन को नियंत्रण अधिकारी/अधीनस्थ प्रभारी द्वारा विधिवत् प्रतिहस्ताक्षर कराकर रेफर किये गए अस्पताल से चिकित्सा विभाग में जमा करायें।

In referred cases, the application duly countersigned by Controlling Officer/Subordinate Incharge should be submitted to the Medical Establishment from where he/she was referred.

रेफर न किए गए मामलों में आवेदन को नियंत्रण अधिकारी/अधीनस्थ प्रभारी द्वारा विधिवत् प्रतिहस्ताक्षर कराकर संबंधित कार्मिक शाखा, चिकित्सा प्रतिपूर्ति मामले को निपटाने हेतु स्थापित की गई सैल में जमा करायें।

In un-referred cases, the application duly countersigned by Controlling Officer/Subordinate Incharge should be submitted to the 'P' Branch concerned, to the cell set-up for the purpose of handling Medical Reimbursement case.

(केवल कार्यालय प्रयोग हेतु)

(For Official Use only)

- (i) रेलवे बोर्ड को भेजे जाने वाले सभी मामलों में।
In case of all cases being sent to Board.
- (ii) बिना रेफर किये हुए/अशासकीय अमान्यता प्राप्त मामलों के लिए अपर महा प्रबन्धक की स्वीकृति हेतु।
In case of AGM's sanction for unreferred/Non Govt. unrecongised cases.
- मु.चि.अधि. के शब्दशः विचार
Verbatim view of C.M.D.
 - वित्त सलाहकार एवं मु.ले.अधि. के शब्दशः विचार
Verbatim view of FA & CAO
 - मु.का.अधि. के हस्ताक्षर
Signature of C.P.O.

(7)

पैरा 659 देखें
See Para 659
चिकित्सा विभाग
MEDICAL DEPARTMENT
आवश्यकता प्रमाण-पत्र
ESSENTIALITY CERTIFICATE

में यह प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमति/कुमारी.....

पत्नी/पुत्र/पुत्री..... जो.....
Wife/Son/daughter..... of.....
में नियोजित है..... अस्पताल में मेरे परामर्श कक्ष में.....

..... से..... तक..... रोग का इलाज मुझसे कराते रहे हैं और
the..... hospital for..... disease from..... to.....
इस सम्बंध में मेरे द्वारा निर्देशित निम्नलिखित दवाएं रोगी के निरोग होने / उसकी हालत में गंभीर गिरावट की रोकथाम
and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were के लिए अनिवार्य थी ।
essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.
प्राइवेट रोगियों को आपूर्ति के लिए ये दवाएं..... अस्पताल में स्टॉक में नहीं रखी जाती

और इनमें ऐसी स्वाभित्व वाली मदें शामिल नहीं हैं, जिनके लिए सामान चिकित्सा महत्व वाली सरस्ती चीजें उपलब्ध हैं
और न ही ऐसी मदें शामिल हैं जो मूलतः खाध्य पदार्थ, या विसंक्रामक हों for supply to private patients cheaper substances
of equal the therapeutic value are available, nor preparations, which are primarily foods, toilets or disinfectants.

संख्या
No.

दवा का नाम
Name of Medicines

मूल्य
Price

.....
प्राधिकृत चिकित्साधिकारी के हस्ताक्षर तथा पद
Signature & Designation of the Authorized
Medical Officer

दिनांक/Date :

स्थान/Place :

.....
चिकित्साधिकारी/अस्पताल के इंचार्ज के हस्ताक्षर
Signature of the Medical Officer/Incharge of
the case of the Hospital