प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र

REIMBURSEMENT CLAIM FORM

1 रेलवे / सेवानिवृत्त कर्मचारी का नाम / Name of the Railway/Retd. Employee (in BLOCK letters)

.....

2 रेलवे / सेवानिवृत्त कर्मचारी का पदनाम / Designation of the Railway/Retd. Employee (in BLOCK letters)

.....

3 कार्यालय और स्टेशन का नाम / Office and Station of employment

.....

4 रेलवे / सेवानिवृत्त कर्मचारी का वेतन / अंतिम वेतन ग्रेड वेतन सहित / Pay/Last Pay of the Railway/Retd. Employee including grade pay

.....

5 आवासीय पता / Residential address

.....

6 उम्मिद कार्ड / आरईएलएचएस क्रमांक और जारीकर्ता प्राधिकारी / UMMID CARD/RELHS no. and issuing Authority

.....

7 स्वास्थ्य यूनिट / अस्पताल में पंजीकृत उम्मिद कार्ड / आरईएलएचएस / UMMID CARD /RELHS registered at H Unit/Hospital

.....

I रोगी का नाम और आयु / Name and age of the patient

.....

II रेलवे / सेवानिवृत्त कर्मचारी के साथ रोगी का संबंध / Patient's relationship to the Rly/Retd. employee

.....

III गैर-रेलवे संस्थान में इनडोर / ओपीडी उपचार का विवरण / Details of Indoor/OPD Treatment at Non-Railway Institute

(A) अस्पताल का नाम / Name of Hospital:.....

(B) प्रवेश की तिथि / Date of Admission:.....

(C) डिस्चार्ज की तारीख / Date of Discharge:.....

(D) निदान / Diagnosis:.....

(E) कुल अस्पताल बिल की राशि विस्तृत बिल संलग्न करें / Amount of Total Hospital Bill (Attach detailed bill)

.....

(F) क्या उपचार आपातकालीन स्थिति में लिया गया था / Whether Treatment was taken in Emergency:

.....

(G) क्या आप सीटीएसई सदस्य है ? Are you a CTSE member (Y/N) ?

.....

IV क्या आप किसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी या किसी अन्य स्वास्थ्य योजना के अंतर्गत कवर हैं / Whether subscribing to any Health Insurance Policy 'or covered under any other health scheme? .....यदि है / If yes, तो क्या आपको संबंधित उपचार के लिए बीमा कंपनी से कोई राशि प्राप्त हुई है ? यदि कोई हो, तो उसका विवरण अलग कागज पर लिखें / Have your received any amount from insurance company for the treatment in question. Give. details if any on separate sheet of paper.

V दावा की गई कुल राशि / Total Amount Claimed:.....

बैंक खाते का विवरण जहॉ प्रतिपूर्ति राशि का भुगतान किया जाना है / Details of Bank account where Reimbursement amount is to be paid:

(a) बैंक का नाम / Name of the Bank .....

(b) खाता सं./Account No.....

(c) शाखा का एमआईसीआर कोड/ Branch MICR Code.....

(c) आईएफएससी कोड / IFSC Code.....

VII संलग्न दस्तावेजों की सूची कृपया संलग्न दस्तावेजों पर निशान लगाएं तथा अतिरिक्त दस्तावेज लिखें) / List of enclosures (Please Tick the documents attached and write additional documents)

(A) एमआईसी / आरईएलएचएस कार्ड की फोटोकॉपी / Photocopy of MIC/RELHS card

(B) गैर रेलवे अस्पताल द्वारा अनिवार्यता सह आपातकालीन प्रमाण पत्र / Essentiality cum Emergency Certificate by the Non Rly Hospital.

(C) डिस्चार्ज सारांश / Discharge Summary

(D) अस्पताल के मूल बिल / Original Bills of Hospital:
(With sign. & seal of treating Doctor)

(E) यदि प्रासंगिक हो तो दवाओं / उपभोग्य सामग्रियों / प्रत्यारोपणों आदि के मूल नकद वाउचर / Original Cash vouchers of Drugs/consumables/implants etc. if relevant

(F) स्टेंट, पेसमेकर, इम्प्लांट आदि की बाहरी थैली / Outer pouch of Stent, pacemaker, Implants etc.

(G) कोई अन्य संलग्नक / Any other enclosure .....
कई संलग्नकों के मामले में, अतिरिक्त संलग्नकों की संख्या यहां लिखें और विवरण के साथ एक अलग शीट संलग्न करें) (In case of many enclosures, write number of additional enclosures here and attach a separate sheet with details)

रेलवे कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित घोषणाः -

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि इस आवेदन में दिए गए कथन मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है, वह पुरी तरह मुझ पर निर्भर है। मुझे पता है कि चिकित्सा सुविधाओं का दुरूपयोग या किसी भी प्रकार का गलत विवरण देने पर दंडात्मक कार्रवाई हो सकती है, जिसमें उम्मिद कार्ड / आरईएलएचएस कार्ड रद्द करना भी शामिल है। मैं एतद्द्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि यह मेरा अंतिम दावा है और मैं भविष्य में इस उपचार प्रकरण के संबंध में रेलवे या किसी अन्य स्वास्थ्य योजना से कोई दावा नहीं करूँगा / करूँगी।

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 UMMID CARD/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.

तारीख / Date .....

स्थान / Place.....

.....

Signature of the Railway employee

यदि लाभार्थी के पास चिकित्सा बीमा पॉलिसी है और वह संबंधित उपचार के लिए दावा करना चाहता है तो वह पहले बीमा कंपनी के पास 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 Rly with documents, bills etc. attested by insurance company.

Approved Anand 17/07/2015