

बिना रेफर आपातकाल स्थिती में सीधे ही प्राईवेट अस्पताल/सरकारी अस्पताल में ईलाज कराने पर चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावें में निम्नलिखित औपचारिकताएँ होनी आवश्यक है।

कर्मचारी का नाम/पदनाम/स्टेशन -			
मरिज का -			
दावा अवधि दिनांक -		से दिनांक -	तक दावे की कुल राशि रुपये -
क्र.सं.	विवरण		S. No.
1.	एक आवेदन पत्र जिसमें दावाकर्ता द्वारा उन परिस्थितियों का विवरण हो जिसके कारण मरिज को सिधे ही प्राईवेट अस्पताल/सरकारी चिकित्सा में ईलाज करवाया।	Application	
2.	यदि दावा छः माह पुराना हो तो आवेदन प्रस्तुत करें जिससे देरी माफी के लिये देरी का वास्तविक तथा विशेष कारण लिखते हुये अनुरोध होना चाहिये।	Delay condonation Application	
3.	बीमा कम्पनी से दावा नहीं लेने की घोषणा हस्ताक्षर करके व. राजपत्रित अधिकारी से सत्यापित करवा कर संलग्न करें।	No Claim Certificate	
4.	RTGS/NEFT के माध्यम से Claim भुगतान के लिये Note भर संलग्न करें।	RTGS/NEFT Note	
5.	सेवा निवृत्त कर्मचारी PPO व बैंक पास तथा रेल कर्मचारी Salary Slip व बैंक पास बुक की सत्यापित प्रतिलिपि संलग्न करें।	PPO & Bank Pass Book Salary Slip & Pass Book	
6.	PAN Card सत्यापित प्रतिलिपि संलग्न करें।	Pan Card	
7.	पूर्ण रूप से प्रमाणित फार्म जी 15/एफ/आर-2 तथा विधियों के मामले में फार्म जी 54/एफ/आर जिसमें दावा राशि सीधी पेन्शन खाते में भुगतान किया जायेगा।	Form G 15/F/R - 2 Form G 54 /F/R	
8.	रेल कर्मचारी होने पर मेडिकल कार्ड या सेवानिवृत्त कर्मचारी होने पर RELHS कार्ड की राजपत्रित अधिकारी से सत्यापित करवा कर संलग्न करें। [मेडिकल कार्ड का रजिस्ट्रेशन जयपुर मंडल के किसी चिकित्सालय या केन्द्रीय चिकित्सालय जयपुर में ही होना चाहिये।]	Medical Card/ RELHS Card	
9.	प्रतिपूर्ति दावा फार्म पूर्ण रूप से भरें एवं कर्मचारी के नियंत्रण अधिकारी द्वारा सत्यापित/ प्रमाणित करा कर विभाग से अग्रेषित होना चाहिये।	Reimbursement Claim Form	
10.	भर्ती के समय मरिज के Parameter ईलाज करने वाले डॉक्टर से भरवा संलग्न करें।	Parameters	
11.	फार्म सं. जी.288-ए [अन्तःरोगी प्रमाण पत्र] ईमरजेन्सी प्रमाण पत्र ईलाज करने वाले चिकित्सक द्वारा जारी किया गया पूर्ण भरा तथा ईलाज करने वाले चिकित्सक द्वारा प्रमाणित व अस्पताल ईन्चार्ज से प्रति हस्ताक्षर हुआ संलग्न करें।	Form G 288 f Essentiality certificate Part - A & B	
12.	फार्म सं. जी.288-एफ एसेन्शियलिटी प्रमाण पत्र पार्ट-सी ईलाज करने वाले चिकित्सक द्वारा प्रमाणित व अस्पताल ईन्चार्ज से प्रति हस्ताक्षर हुआ संलग्न करें।	Essentiality Certificate Part - C	
13.	मुख्य चिकित्सा अधीक्षक द्वारा प्रमाणित के लिये ईमरजेन्सी प्रमाण पत्र संलग्न करें। जिसमें नाम, बीमारी का नाम, अस्पताल का नाम, अस्पताल की दूरी (कीमी में) तथा रेलवे डॉक्टर को सूचना दी गई थी या नहीं दर्शाये गये कालम पूर्ण भरें।	Emergency Certificate	
14.	ईलाज करने वाले डॉक्टर द्वारा जारी डिस्चार्ज प्रमाण पत्र पूरा से भरा संलग्न करें। सम्बंधित चिकित्सक के नाम तथा अस्पताल की रबर स्टाम्प [Seal] हों।	Discharge Summary/ Death Summary	
15.	समस्त मूल बिलों को ईलाज करने वाले डॉक्टर द्वारा किया जाये। (Attach all medicine Bills; Hospital bills, all report of Investigations & Items wise break up) जिस भी दस्तावेज व मूल बिलों पर ईलाज करने वाले डॉक्टर द्वारा हस्ताक्षर किये जाये उससे सम्बंधित चिकित्सक के नाम तथा अस्पताल के नाम की रबर स्टाम्प [Seal] भी लगाई जाये। रु. 5000/- एवं उससे अधिक बिलों पर रेवन्यू टिकट लगाई जाये।	Medicine Bills Investigation Bill with breakup Investigation Reports Hospital Bill With breakup Cover/Sticker/Packing of Implant used (Pouch of stent)	
16.	एनेक्सर ए में कॉलम 1,2,3,4,5,7,9,11,13,15 भर कर तथा ईलाज करने वाले डॉक्टर द्वारा प्रमाणित किया गया हो तथा दावा कर्ता हस्ताक्षर करें।	Annexure -A	
17.	एनेक्सर बी में अपना नाम, पद, स्टेशन व मंडल भर कर संलग्न करें।	Annexure -B	
18.	एनेक्सर डी में कॉलम 1,2,3,4,5 व 6 भरें व भर कर दावा कर्ता हस्ताक्षर करें।	Annexure -D	

नोट:- उपरोक्त समस्त औपचारिकताओं को पूरा करते हुये दावा को दो प्रतियों में प्रस्तुत किया जाना है। सभी मूल दस्तावेज संलग्न करना जरूरी है।

छावा प्राप्ति की तिथि	
संबंधित प्राप्तकर्ता लिपिक के हस्ताक्षर	

सेवारत/सेवानिवृत्त/कर्मचारी/आश्रित के हस्ताक्षर  
पदनाम.....  
स्टेशन.....  
दिनांक.....

## प्रतिपूर्ति दावा फार्म

1	रेल्वे/सेवानिवृ कर्मचारी का नाम (स्पष्ट अक्षरों में )	
2	रेल्वे/सेवानिवृ कर्मचारी का पदनाम (स्पष्ट अक्षरों में )	
3	रोजगार कार्यालय और स्टेशन	
4	रेल्वे/सेवानिवृ कर्मचारी का ग्रेड पे के साथ वेतन/अंतिमवेतन	
5	निवास्ता पता	
6	एम.आई.सी./आर.ई.एल.एच.एस.कार्डसंख्या और जारीकर्ता प्राधिकारी	
7	हेल्थ यूनिट/अस्पताल में पंजीकृत एम.आई.सी./आर.ई.एल.एच.एस.नंबर	
II(क)	रोगी का नाम और आयु	
III(ख)	रोगी कारेल्वे/सेवानिवृ कर्मचारी से सम्बन्ध	
III	गैर रेल्वे संस्थान में इंडोर (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 एमरजेंसीमें लिया गया	
	छ. क्या आप सी.टी.एस.ई.के सदस्य हैं (हाँ या नहीं)	
IV	क्या आप किसी स्वास्थ्य बीमा पालिसी / किसी दूसरी स्वास्थ्य बीमा योजना के लिए शर्तदान करते हैं, यदि 'हाँ' तो क्या आपने उपर्युक्त रोग के उपचार के लिए किसी भी बीमा कंपनी से कोई राशि ली है, यदि कोई राशि ली है तो एक अलग कागज पर पूरा व्यौरा 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. एम.आई.सी.आर कोड घ. आई.एफ.एस.सी.कोड	
VII	अनुलग्नको की सूची (कृपया संलग्न दस्तावेज के आगे सही का निशान लगाये एवं अतिरिक्त दस्तावेजों के बारे में उल्लेख करें क. एम.आई.सी./आर.ई.एल.एच.एस.कार्ड की फोटोप्रति ख. गैर रेल्वे अस्पताल द्वारा अनिवार्यता सह आपतकालिक प्रमाणपत्र ग. डिस्चार्ज का विवरण घ. अस्पताल के मूल बिल	

ड.दवा/उपभोग्य सामग्री/इम्प्लांट आदि का मूल नगद बाउचर (यदि संगत है ) च.स्टंट/पेसमेकर/इम्प्लांट इत्यादि का आउटर पाउचर छ.कोई अन्य अनुलग्नक <b>Photocopy of P.P.O./Bank Pass Book, P.C.  of Pay slip, G-15,G-54</b> (यदि अनुलग्नक अधिक हो, तो अतिरिक्त अनुलग्नक की संख्या लिखें और अलग से पेपर पर विवरण लिखें )	
--	--

घोषणा जिस पर रेल कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किये जाने हैं।

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 सम्बन्ध में चिकित्सीय व्यय किया गया वह पूर्णतया मेरे ऊपर निर्भर है। मैं इससे अवगत हूँ कि चिकित्सीय सुविधा का दुरुपयोग या उसकी किरती प्रकार की गलत व्याख्या करने से मेरे एम् आई सी / आर इ एल एच एस कार्ड के रद्दकरण सहित मेरे विरुद्ध दांडिक कार्यवाही की जा सकती है। मैं एतद द्वारा घोषणा करता हूँ कि यह मेरा अंतिम दावा है और मैं इस उपचार के सम्बन्ध में रेलवे या किसी अन्य स्वास्थ्य योजना से भविष्य में किसी प्रकार का कोई दावा नहीं करूँगा।

दिनांक:-.....

स्थान :- .....

.....  
(रेलवे कर्मचारी के हस्ताक्षर)

यदि लाभार्थी के पास चिकित्सीय बीमा पालिसी है और वह प्रश्नाधीन उपचार के लिए दावा प्रस्तुत करना चाहता है तो वह पहले बीमा कंपनी में दावा प्रस्तुत करे और फिर रेलवे में बीमा कंपनी से अभिप्रमाणित बिल इत्यादिदस्तावेज के साथ दावा प्रस्तुत करे।

उत्तर पश्चिम रेलवे

अनिवार्यता सह आपातकालिक प्रमाण पत्र

चिकित्सा विभाग

मैं प्रमाणित करता हूँ की ..... पुत्र श्री  
श्रीमति ..... जो भारतीय रेल सेवा में  
..... के रूप में कार्यरत हैं, के पित / पत्नि पुत्री/पुत्र /आश्रित /  
सम्बन्धी / स्वयं / है, और उनका ..... रोग के  
उपचार के लिए ..... अस्पताल में दिनांक  
.....से दिनांक ..... तक मेरे द्वारा उपचार किया गया। संलग्न डिस्चार्ज  
कार्ड संख्या ..... एवम् उनके संलग्न बिलों में वर्णित उपचार आपात स्थिति में  
कराया गया, जिसमें विलंब नहीं किया जा सकता था। मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ  
की जो उपचार कराया गया वह आवश्यक था।

.....  
गैर रेलवे अस्पताल के चिकित्सा  
अधिकारी /प्रभारी के हस्ताक्षर  
नाम और स्टाम्प मुहर के साथ/  
.....

अस्पताल प्रभारी अथवा प्राधिकृत  
हस्ताक्षरी के हस्ताक्षर/स्टाम्प/मुहर के/साथ

## Note

Subject :- Payment of reimbursement Claim through RTGS/NE

1.	Name of Employee :	
2.	Father's / Hasband Name	
3.	Designation & Department :	
4.	Station & Division	
5.	Date of birth	
6.	Date of Joining Service	
7.	Date of Retirement	
8.	PF No.	
9.	PPO No. ( if retired )	
10.	Bank Account No. (Salary/Pension Account) :	
11.	Bank Code No.	
12.	Name & Branch & Address of bank :	
13.	IFSC Code No.	
14.	MICR Code No.	
15.	Bill Unit No.	
16.	Phone No./ Mobile No.	

Office Address:-

(Signature Employee/Claimant)

Name -----

S/O Sh.-----

Permanent Home Address:

### Note:- Attach

1. Attested Photo copy of Bank Pass Book.
2. Attested Photo copy of PPO/Salary slip.
3. Attested Photo copy of Registered medical Card/REINS Card.
4. Attach Application for payment of medical reimbursement claim.
5. Attach Application for delay condonation, if Claim is beyond six month from date of discharge, mentioning detail specifics & genuine reason for submission.

## **NO CLAIM CERTIFICATE**

I the undersigned hereby declare that I have not claimed any amount for any of the bills submitted in this claim for reimbursement of medical expenses from any insurance agency or any other means Nor will take the same in future If it found true, I will be held responsible as per extent rules.

(SIGNATURE OF CLAIMANT)

Name :-

Desig.:-

Deptt.:-

Stn . :-

**Indoor treatment certificate [ Emergency ]****[अन्तः रोगीप्रमाणपत्र ]**Sh./ Smt./ Kumari-----S/O,D/o,/W/o,WM/o, Sh,/Smt.-----  
Designation-----Department-----Station/HQ-----

Division-----

Railway----- has been issued certificate.

**CERTIFICATE 'B'**

( To be filed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment.)

**Part-A**

I, Dr.----- ( Name of treating doctor ) hereby certify:

(a) that the patient was admitted to hospital on my advice/ on the advice of

Dr.----- ( Name of doctor/Medical officer )

(b) that the patient has been under treatment at----- (Name of Hospital) and the under

mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of patient. The medicines are not stocked in the hospital

----- (Name of hospital) for supply to private patients and do not include

Proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are not available nor preparation which are primarily food, toilets or disinfectants.

**Name of medicines****Price**1. -----  
2. -----  
3. -----  
4. -----

(c) that the injection administered were not for immunizing or prophylactic.

(d) that the patient was suffering from----- ( Name of diseases) and was under my Treatment from (date) ----- to (date) -----

(e) that the X-ray, laboratory tests etc. for which an expenditure of Rupees----- was incurred were necessary and were under taken on my advice at -----

(Name of laboratory / Hospital).

(f) I Called in Dr. ----- for specialist consultation and the necessary

Approval of the ----- ( Name of the Principal Medical Officer ) as required under the rules was obtained.

Date :

Place :

Signature and Designation of the medical officer  
In - Charge of the case at the hospital**Part-'B'**

I certify that the patients has been under treatment at the ----- (name of Hospital ) and that the services of the special nurses, for which an expenditure of Rs ----- was incurred vide bills and receipts attaches, were essential for the recovery / prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

Signature and Designation of the medical officer

ANNEXURE-E

REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES PROCEDURE OF DISPOSAL

Name:-..... Desig.: -..... Deptt:-..... Stn:-..... Div:-.....

<b>A</b>	<b>Admission details</b>	
	Date of admission	
	Adm. through OPD/Emergency service	
	Adm. to an POD/Gen.bed/ICU/Cabin Bed	

**Clinical findings at the time of admission, following findings should be made available and critically evaluated**

<b>B</b>	PULSE RATE	
	B.P.	
	LEVEL OF CONSCIOUSNESS	
	ANY CONVULSIVE FEATURE	
	URINE OUT PUT	
	ANY OTHER FEATURE OF SHOCK	
	BODY TEMPERATURE	
	EXTANT OF EXTERNAL WOUND	
	EXTANT OF ACTIVE BLEEDING	
	EXTANT OF CHEST PAIN OR PAIN IN OTHER PARTS OF BODY	

**Type of medical treatment given immediately after admission**

<b>C</b>	
	List of emergency medicine used immediately after admission  <b>AS PER ATTECHED LIST</b>
	Type of surgical procedure done immediately after admission

Date :-

SIGNATURE OF TREATING DOCTOR  
WHERE PATIENT WAS TREATED



# MEDICAL DEPARTMENT

## EMERGENCY – CERTIFICATE

This is to certify that Sh.-----  
was suffering from -----(Name disease)  
and has been treated in emergency in-----  
(Hospital) which is-----Kms.From the place of incident.Th illness  
falling under the definition of life threatening illness in term of Railway  
Board's letter No. 2005 / H / 6-4 / Policy – II dt. 31-01-2007 The  
employee / claimant has / has not informed the Railway doctor on  
-----Date ). The reason for delay in information is acceptable  
in the view of fact and circumstance. The total period of treatment  
was reasonable and essential. The nearest Govt. hospital / Railway  
Hospital where facility for such treatment is available is about  
-----Kms, from the place of incidence.

CMS/JP

( Signature of claimant/Employee)

Name :-----

Designation :-----

Department :-----

Station :-----

Date :-----

Mobile No. -----

**To be filled by Railway Doctor****ANNEXURE –B**

Name:-.....Desig.: -.....Deptt:-..... Stn:-..... Div.:.....

S.No.	Particulars	Amount claimed	Amount not admissible	Amount admissible	Certification
1	Medicines charges				Reimbursement claim of Name:-.....
2	Investigation charges				Desig.:- .....
3	Doctors fees				Deptt.:-.....
4	O. T. / Medical & Surgical Procussure				Stn.:- ..... is examined.
5	Room Charges				Admissible amount of Rs..... is certified.
6	Other Expanses				
	<b>Total Rs.</b>				<b>Sign. of Reimbursement officer</b>
		<b>Amount Claimed:-</b>			<b>Rs.</b>
		<b>Amount not admissible:-</b>			<b>Rs.</b>
		<b>Amount admissible:-</b>			<b>Rs.</b>

**Total amount of Rs****Certified & Recommended**  
**Signature of Chief Medical Superintendent**















