

भारत सरकार  
रेल मंत्रालय  
(रेलवे बोर्ड)

सं. 2005/एच/6-4/पॉलिस्त्री-1

नई दिल्ली, दिनांक 01.06.2017

महाप्रबंधक

सभी भारतीय रेलें

(उत्पादन इकाइया एवं अउभासं. सहित)

**विषय: प्रतिपूर्ति की गणना के संबंध में नीतिगत दिशानिर्देश तैयार करना .**

रेलवे चिकित्सा लाभार्थियों द्वारा चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावों के लिए प्रोफार्मा को सरल बनाने के मुद्दे पर कुछ समय से बोर्ड द्वारा ध्यान दिया जा रहा है. मामलों पर सावधानी पूर्वक विचार करने के बाद एक नया प्रोफार्मा तैयार किया गया है तथा पेश किया जा रहा है. सभी रेलों से अनुरोध है कि रेलवे चिकित्सा लाभार्थियों द्वारा चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावों के लिए मौजूदा प्रोफार्मा का संलग्न संशोधित प्रोफार्मा द्वारा बदल दिया जाए.

सदस्यर, भारतीय रेल चिकित्सा नियमावली 2000 के पैरा 648 के अनुलग्नक 10 के लिए सुझावों संलग्न है.

उसे रेल मंत्रालय में तदाम प्राधिकारी का अनुमोदन प्राप्त है.



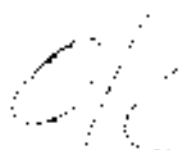
(आर.एस. शुक्ला)

संयुक्त निदेशक(स्वास्थ्य)

रेलवे बोर्ड

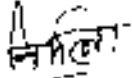
प्रतिलिपि पावे:

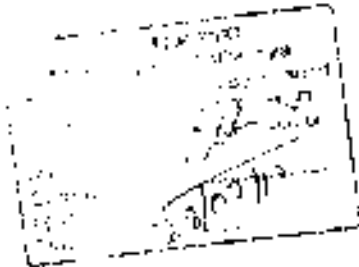
- मुख्य चिकित्सा निदेशक/ मुख्य चिकित्सा अधिकारी भारतीय रेलें (उत्पादन इकाइया एवं अउभासं.सहित)
- वित्त सहायक एवं मुख्य लेखा अधिकारी, सभी भारतीय रेलें (उत्पादन इकाइया एवं अउभासं. सहित)
- वरिष्ठ प्रोफेसर चिकित्सा भारतीय रेलें राष्ट्रीय अकादमी (एनएआईआर), बड़ोदा, गुजरात.



पत्रिकापि:-

1. महासचिव, एआईआरएफ, कमरा सं. 253, रेल भवन, नई दिल्ली.
2. महासचिव, एनएफआईआर, कमरा सं. 256-ई, रेल भवन, नई दिल्ली.
3. विभागीय परिषद तथा राष्ट्रीय परिषद के सभी सदस्य तथा सचिव कर्मचारी पक्ष, राष्ट्रीय परिषद, 13-सी, फिरोजशाह रोड, नई दिल्ली.
4. महासचिव, एफआरओए एवं आईआरपीओए, कमरा सं. 256-ए एवं 268, रेलवे बोर्ड.
5. महासचिव, अखिल भारतीय रेलुब एसोसिएशन, कमरा सं. 256-डी, रेल भवन, नई दिल्ली.
6. सचिव, आरबीएसएस ग्रुप 'ए' ऑफिसर्स एसोसिएशन, कमरा सं. 256-डी, रेल भवन, नई दिल्ली.
7. सचिव, आरबीएसएस ग्रुप 'बी' ऑफिसर्स एसोसिएशन, रेल भवन, नई दिल्ली.
8. सचिव, आरबीएमएसए, रेल भवन, नई दिल्ली.
9. सचिव, रेलवे बोर्ड ग्रुप 'डी' कर्मचारी संघ, रेल भवन, नई दिल्ली.
10. सचिव, रेलवे बोर्ड, प्रोमोटी ऑफिसर्स एसोसिएशन, कमरा सं. 341-सी, रेल भवन, नई दिल्ली.
11. महासचिव, अखिल भारतीय अजा/अजजा रेलवे इंप्लाइज एसोसिएशन, कमरा सं. 8, भूतल, रेल भवन, नई दिल्ली.
12. महासचिव, रिटायर्ड रेलवे इंप्लाइज वेलफेयर एसोसिएशन (पंजीकृत), 490ए/16, गुरुद्वारा रोड, गुडगांव.

  
कुल सचिव  
रेलवे बोर्ड



OK

**भारतीय रेल चिकित्सा नियमावली, 2000 के पैरा 648 के अनुलग्नक III के लिए शुद्धि पत्रों**

रेलवे चिकित्सा लाभार्थियों द्वारा चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावों के लिए प्रोफार्मा से संबंधित भारतीय रेल चिकित्सा नियमावली 2000 के पैरा 648 में दिए गए अनुलग्नक III का संलग्न प्रोफार्मा के अनुसार संशोधित किया जाता है।

(आधिकार रेलवे बोर्ड का दिनांक 01.06.2017 का पत्र सं. 2005/एच/6-4 पॉलिसे-1)

## प्रतिपूर्ति दावा फॉर्म

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. एम.आई.सी./आर.ई.एल.एच.एस. संख्या और जारीकर्ता प्राधिकारी .....
  7. एच.यूनिट/अस्पताल में पंजीकृत एम.आई.सी./आर.ई.एल.एच.एस. ....
- 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 हैं (हाँ या नहीं) .....
- IV. क्या आप किसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी/किसी दूसरी स्वास्थ्य बीमा योजना के लिए अंशदान करते हैं यदि "हाँ" तो क्या आपने 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 लगाएँ एवं अतिरिक्त दस्तावेजों के बारे में उल्लेख करें)
- क. एम.आई.सी./आर.ई.एल.एच.एस. कार्ड की फोटोकॉपी
  - 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)

घ. स्टेंट/पैसमेकर/इम्प्लांट इत्यादि का आउटर पाउच

छ. कोई अन्य अनुलग्नक .....

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

**घोषणा जिस पर रेल कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किए 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 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. कार्य के रहकरण 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 करूँगा।

दिनांक .....

स्थान .....

.....  
(रेलवे कर्मचारी के हस्ताक्षर)

यदि 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 करे।

रेलवे  
चिकित्सा विभाग

अनिवार्यता सह आपातकालिक प्रमाण पत्र

मैं प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमार/कुमारी \_\_\_\_\_ श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ जो भारतीय रेल में \_\_\_\_\_ के रूप में कार्यरत हैं, की पत्नी/पुत्र/पुत्री/आश्रित  
संबंधी हैं, और उनका \_\_\_\_\_ रोग के उपचार के लिए \_\_\_\_\_  
अस्पताल में दिनांक \_\_\_\_\_ से दिनांक \_\_\_\_\_ तक मेरे द्वारा उपचार  
किया गया। संलग्न डिस्चार्ज कार्ड संख्या \_\_\_\_\_ एवं उनके संलग्न बिलों में वर्णित  
उपचार आपात स्थिति में कराया गया जिसमें विलंब नहीं जा सकता था। मैं यह भी प्रमाणित करता  
हूँ कि जा 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