

मंडल चिकित्सालय उत्तर रेलवे, चारबाग, लखनऊ

चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा फॉर्म के लिए चेक लिस्ट

क्र.सं.	आवश्यक दस्तावेज / पेपर	चेक बॉक्स (✓)
1.	केस सारांश सह सहमति फॉर्म	
2.	चिकित्सा प्रतिपूर्ति के संबंध में CMS/NRDH/LKO को आवेदन	
3.	चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा फॉर्म Annexure (A) to letter no. 494-E/Q vii DT 024.2.99 amended vide railway board's letter no. 2005/H/6-4/policy-I date 01.06.2017	
4.	डाटा फॉर्म फॉर ई.सी.एस.(ECS)/ई.एफ.टी.(EFT)	
5.	कैंसिल चेक, पी.पी.ओ. / सैलरी स्लिप or पे स्लिप के अनुसार	
6.	पी.पी.ओ. (सेवानिवृत्त के लिए) / सैलरी स्लिप or पे स्लिप के अनुसार (कर्मचारी के लिए)	
7.	रेफर लेटर, अगर मरीज रेलवे अस्पताल से रेफर किया गया है	
8.	अनिवार्यता सह आपातकालिक प्रमाण पत्र -जिस अस्पताल से चिकित्सा उपचार प्राप्त किया है (अगर मरीज रेलवे अस्पताल से रेफर नहीं किया गया है)	
9.	डिस्चार्ज समरी / डिस्चार्ज सर्टिफिकेट (मूल कॉपी)	
10.	लैब रिपोर्ट्स (मूल कॉपी)	
11.	सभी बिलों की मद तारीखानुसार सारांश के साथ प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर एवं चिकित्सा अधिकारी/अस्पताल के इंचार्ज के हस्ताक्षर	
12.	सभी बिल (मूल कॉपी - तारीखानुसार), प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर के साथ	
13.	दावाकर्ता/कर्मचारी का आधार कार्ड, पैन कार्ड, उम्मीद कार्ड (मेडिकल कार्ड)	
14.	मरीज/डिपेंडेंट का आधार कार्ड, उम्मीद कार्ड (मेडिकल कार्ड)	
15.	कर्मचारी/पेंशनर के पति/पत्नी की मृत्यु की स्थिति में दावाकर्ता द्वारा उत्तराधिकारियों (लड़के/लड़कियों) का "No objection certificate" (N.O.C.)	
16.	अस्पताल के रिकार्ड आधार कार्ड पैन कार्ड में उम्मीद कार्ड (मेडिकल कार्ड)रेलवे डिपार्टमेंट द्वारा जारी किया गया) के अनुसार नाम MISMATCH स्थिति में सपथ-पत्र (Affidavit)	
17.	स्टंट/पेस मेकर/इम्प्लांट/लेन्स इत्यादि का आउटर पाउच/बार कोड/स्टीकर	
18.	Mobile No. (whats app) :- +91.....,+91.....,+91.....	
19.	E-mail id :-	

Note:-

- सभी प्रपत्रों को उपरोक्त क्रम संख्या के अनुसार रखें।
- उपरोक्त आवश्यकताओं के पूरा होने के बाद ही दावे को पंजीकृत किए किया जाएगा।
- कृपया दावे को दो प्रतियों में प्रस्तुत करें 1) मूल कॉपी, 2) एक सेट फोटो कॉपी ।
- कृपया केवल नवीनतम/कार्यात्मक(functional) E-mail id प्रदान करना सुनिश्चित करें।
- यदि फ़ाइल उपचार समाप्ति की तिथि से छह महीने से अधिक पुरानी है, तो Condemnation of delay सक्षम अधिकारी से दावाकर्ता द्वारा सुनिश्चित की जानी चाहिए।

Contact us:-

Mobile number: - +919794846601 (9:00AM-5:00PM)

E-mail ID: - reimbcell.nr.lko@gmail.com

NORTHERN RAILWAY DIVISIONAL HOSPITAL,
LUCKNOW

1.	Name of Employee		
1.	Name of Claimant		
2.	Name of Patient		
3.	Age/Sex of Patient		
4.	Relation with Employee		
5.	Designation/Department/Station		
6.	Present address		
7.	Pay scale		
8.	UMMID card no./RELHS No. issued by personnel department		
9.	Case \Referred/Non-referred		
10.	Date of referral		
11.	Date of Admission (DOA) & Date of Discharge (DOD)		
12.	Date of submitting claim		
13.	Case No. in Reimbursement Register		
14.	Claimed amount		
15.	No. of Documents attached		
16.	S. No. of documents	1.	Discharge summary
		2.	Investigation
		3.	Bill of procedure
		4.	Bill of medicine
		5.	Emergency certificate
17.	Missing documents, if any	1.	
		2.	
18.	Bank details of claimant		
19.	Contact number of employee/Pensioner/family member		
20.	Declaration that no claim has been taken from insurance company		
21.	Any advance sanctioned in last one year/total amount & D.D. No.		
22.	No. of reimbursement claims in last one year, dates, referred/ Non-referred, Amount sanctioned		

Any other important information:-

Dealing clerk

Date of putting up of the case

मण्डल चिकित्सालय उत्तर रेलवे चारबाग लखनऊ

चिकित्सा प्रति प्रति दवा फॉर्म

[Annexure(A) to letter no. 494-E/Q vij DT.24.2.99 amended vide railway board's letter no. 2005/H/6-4/policy-I dated 01.06.2017]

1. रेलवे /सेवानिव्रत कर्मचारी का नाम _____
2. रेलवे /सेवानिव्रत कर्मचारी का पदनाम _____
3. रेलवे /सेवानिव्रत कर्मचारी का पी एफ /पी पी ओ न.
4. रेलवे /सेवानिव्रत कर्मचारी का पे ग्रुप /विल यूनिट न.
5. रेलवे /सेवानिव्रत कर्मचारी का फोन न. /अतिरिक्कतन.
6. रोजगार का कार्यालय और स्टेशन _____
7. रेलवे /सेवानिव्रत कर्मचारी का ग्रेड-पे के साथ वेतन /अंतिम वेतन _____
8. निवास का पता, पिन कोड एवं फोन नंबर _____
9. Umid /आर ई एल एच एस संख्या और जारीकर्ता प्राधिकारी _____
10. i. एच. यूनिट /अस्पताल में पंजीकृत umid / आर ई एल एच एस _____
- ii. (क) रोगी का नाम और आयु _____
- ii. (ख) रोगी का रेलवे /सेवानिव्रत कर्मचारी से संबंध _____
- iii. गैर रेलवे संस्थान में इनडोर / ओ पी डी उपचार और विवरण _____
- अस्पताल का नाम _____
- दाखिल होने की तारीख _____
- डिस्चार्ज होने की तारीख _____
- निदान _____
- अस्पताल के बिल की कुल राशि (विस्तरत बिल संलग्न करे) _____
- क्या उपचार एमरजेंसी में लिया गया था _____
- क्या आप CSTE के सदस्य हैं (हाँ /नहीं) _____
- iv. क्या आप किसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी /किसी दूसरी स्वास्थ्य बीमा योजना के लिए अंशदान करते हैं यदि "हाँ" तो क्या आपने उपरोक्त रोग के उपचार के लिए किसी भी बीमा कंपनी से कोई राशि ली है तो एक अलग कागज पर व्योरा दे। _____
- v. दावा की कुल राशि _____
- vi. बैंक का विवरण जिसमें प्रतिपूर्ति की जाने वाली राशि आ भुगतान किया जाना है _____

क. बैंक का नाम एवं पता

ख. बैंक खाता संख्या

ग. शाखा MIRC कोड

घ. IFSC कोड

vii. अनुलग्नको की सूची (क्रपिया संलग्न दस्तावेज़ के आगे सही का निशान लगाए एवं अतिरिक्त दस्तावेज़ के बारे में उल्लेख करें)

1. Umid / आर. ई. एल.एच. एस. कार्ड की फोटो कॉपी
2. गैर रेल्वे अस्पताल द्वारा हस्तक्षरित अनिवार्यता सह आपातकालीन प्रमाण पत्र
3. डिस्चार्ज का विवरण (प्रतिलिपि संलग्न करें)
4. अस्पताल का सत्यापित मूल बिल
5. दवा /उपभोग्य सामाग्री /इंफ्लान्ट आदि का सत्यापित मूल नगद वाउचर(यदि संलग्न है)
6. स्टेंट /पेस मेकर /इंफ्लान्ट इत्यादि का आउटर पाउच
7. पे स्लिप /पीपीओ की कॉपी
8. रेफर लेटर (हाँ /नहीं)
9. Cancel चेक
10. आधार एवं पैन कार्ड की कॉपी
11. कोई अन्य अनुलग्नक

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

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 व्यवस्था किया गया है, 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 umid /आर ई एल एच एस कार्ड के रद्दकरण सहित मेरे विरुद्ध दांडिक कार्यवाही की जा सकती है। मैं एतद द्वारा घोषणा करता हूँ कि 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 करूंगा ।

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 कंपनी में दावा प्रस्तुत करे और फिर रेलवे में बीमा कंपनी से अभिप्रमारित दस्तावेज़ , बिल इत्यादि के साथ दावा प्रस्तुत करे ।

7

DATA FORM FOR ECS/EFT

S.N.	Particulars	Required Information
1	Name of the party (Pensioner/Family pensioner)	
2	Full address	
3	Bank Name	
4	Bank address & telephone no.	
5	MICR Code	
6	RTGS/IFC Code	
7	A/c No.	
8	Type of A/C	
8	PAN No.	
9	Folio No.	

Signature of Railway employee/ Claimant

उत्तर रेलवे

चिकित्सा विभाग

अनिवार्यता सह अपतकालिक प्रमाण पत्र

मैं प्रमाणित करता हू कि श्री /श्रीमती /कुमारी.....

श्री/ श्रीमतीजो भारतीय रेल में.....

के रूप में कार्यरत है , की पत्नी/ पुत्र/ पुत्री आश्रित संबंधी है, और उनका.....

.....रोग के उपचार के लिए.....

.....अस्पताल में
दिनांकसे दिनांकतक मेरे

द्वारा उपचार किया गया । संलग्न डिस्चार्ज कार्ड संख्या

एवं उनके संलग्न बिलों में वर्णित उपचार आपात स्थिति में कराया गया, जिसमें विलंब नहीं किया जा सकता था। मैं प्रमाणित करता हू कि जो उपचार किया गया है वह आवश्यक था ।

.....
गैर रेलवे अस्पताल के चिकित्सा
अधिकारी / प्रभारी के हस्ताक्षर
नाम और स्टम्प /मोहर के साथ

.....
अस्पताल प्रभारी अथवा प्राधिकृत
हस्ताक्षरी के हस्ताक्षर स्टम्प /मोहर के साथ

DETAIL OF DATE WISE/ ITEM WISE BREAK UP OF ALL THE BILLS OF
(रोगी का नाम/Name of patient)

[illegible]

प्रधिकृत चिकित्साधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of Authorised Medical Officer

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