



**दक्षिण रेलवे/SOUTHERN RAILWAY**

सं./No.P(R)438/IRMM

प्रधान कार्यालय/ Headquarters Office  
कार्मिक शाखा/ Personnel Branch  
चेन्नै/Chennai - 600 003  
दि./ Dated: 29-08-2017

**पी बी सी सं/ PBC No: 142 / 2017**


All PHODs / DRMs / CWMs / CEWE / CAO / CPM / Dy.CPOs / Sr.DPOs /  
DPOs / SPOs / WPOs / APOs of HQ / Divisions / Workshops / other Units,  
etc.,

(As per mailing list -'A')

विषय/Sub:Framing the policy guidelines regarding – Calculation of  
reimbursement.

\*\*\*\*\*

A copy of Railway Board's letter No.2005/H/6-4/Policy-I dated 01-06-  
2017 alongwith a copy of Correction Slip to Annexure III of Para 648 of IRMM  
2000 on the above subject is enclosed for information, guidance and  
necessary action.

  
(V.SRINIVASAN)  
वरिष्ठ कार्मिक अधिकारी/नियम  
Senior Personnel Officer/Rules  
कते मुख्य कार्मिक अधिकारी  
For Chief Personnel Officer

संलग्न/Encl: as above

प्रतिलिपि/Copy to : The Genl Secy / SRMU  
The Genl Secy / AISCSTREA  
The Genl Secy / AIOBCREA

The Genl Secy / NFIR

**GOVERNMENT OF INDIA  
MINISTRY OF RAILWAYS  
(RAILWAY BOARD)**

No. 2005/H/6-4/Policy-1

New Delhi, Dated: 01.06.2017

**General Managers,  
All Indian Railways (including PUs and RDSO).**

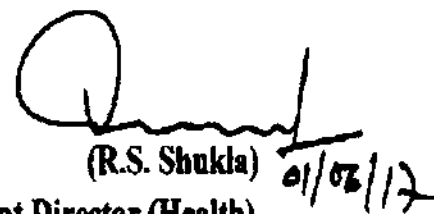
**Sub:- Framing the policy guidelines regarding- Calculation of reimbursement.**

\*\*\*\*

The issue of simplification of proforma for claiming Medical Reimbursement by Railway Medical beneficiaries has been engaging attention of the Board for sometimes. After careful consideration in the matter, a new proforma has been developed and forwarded herewith. Zonal Railways are requested to replace the existing proforma for claiming Medical Reimbursement by Railway Medical beneficiaries as per enclosed revised proforma.

Correction slip to Annexure III of Para 648 of IRMM 2000 is, accordingly, enclosed herewith.

This has the approval of the competent authority in the Ministry of Railways.



(R.S. Shukla)  
Joint Director (Health)

Railway Board

01/06/17

**Correction Slip to Annexure III of Para 648 of IRMM 2000.**

Annexure III referred to in Para 648 of IRMM 2000 relating to Proforma for claiming Medical Reimbursement by Railway Medical beneficiaries is amended as per enclosed Proforma.

(Authority Board's letter No. 2005/H/6-4/policy-1 dated 01.06.2017)

## REIMBURSEMENT CLAIM FORM

1. Name of the Railway/ Retd. employee (in BLOCK letters) .....
2. Designation of the Railway/ Retd. employee (in BLOCK letters) .....
3. Office and Station of employment .....
4. Pay/Last Pay of the Railway/ Retd. employee including grade pay .....
5. Residential address .....
6. MIC/ RELHS no. and issuing Authority .....
7. MIC/ RELHS registered at H Unit/ Hospital .....

II (A) Name and age of the patient .....

II (B) Patient's relationship to the Rly/ Retd. employee .....

### III Details of Indoor Treatment at Non Railway Institute

- A. Name of Hospital: .....
- B. Date of Admission: .....
- C. Date of Discharge: .....
- D. Diagnosis: .....
- E. Amount of Total Hospital Bill (Attach detailed bill): .....
- F. Whether Treatment was taken in Emergency: .....
- G. Are you a CTSE member (Y/N): .....

### IV. Whether subscribing to any Health Insurance Policy<sup>1</sup> or covered under any other health scheme:

If yes, have you received any amount from insurance company for the treatment in question. Give details if any on separate sheet of paper.

### V. Total Amount Claimed:

### VI. Details of Bank account where Reimbursement amount is to be paid:

- |                     |                |
|---------------------|----------------|
| a. Name of Bank     | b. Account No. |
| c. Branch MICR Code | d. IFSC Code   |

### VII. List of enclosures (Please Tick the documents attached and write additional documents)

- A. Photocopy of MIC/ RELHS card
  - B. Essentiality cum Emergency Certificate by the Non Rly Hospital
  - C. Discharge Summary
  - D. Original Bills of Hospital
  - E. Original Cash vouchers of Drugs/consumables/implants etc. if relevant
  - F. Outer pouch of Stent, pacemaker, Implants etc.
  - G. Any other enclosure .....
- (In case of many enclosures, write number of additional enclosures here and attach a separate sheet with details)

### 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 MIC/ 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.

Date.....  
Place .....

.....  
Signature of the Railway employee.

<sup>1</sup> 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.

..... RAILWAY  
MEDICAL DEPARTMENT

.....  
**ESSENTIALITY ~~can~~ EMERGENCY CERTIFICATE**

I certify that Shri/Shrimati/Kumar/Kumari ..... wife / son /  
daughter / dependent relative of Shri / Shrimati ..... ,  
employed in Indian Railway as ..... , has been under my treatment for  
..... disease from ..... to .....  
at the ..... hospital and that the treatment as described in the attached  
Discharge Card No. .... and attached bills thereon were provided due to an emergency  
situation, treatment for which could not have been delayed. I further certify that the treatment provided was  
essentially required.

.....  
**Signature of the Medical Officer**  
**In charge of the case at the non-Railway hospital.**  
**with Name and Stamp/Seal**

**Signature of Hospital In-charge or**  
**Authorized signatory with Stamp/Seal**



भारत सरकार  
रेल मंत्रालय  
(रेलवे बोर्ड)

सं. 2005/एच/6-4/पॉमिसी-1

नई दिल्ली, दिनांक 01.06.2017

2  
महाप्रबंधक  
सभी भारतीय रेलें  
(उत्पादन इकाइयां एवं अजमासं. सहित)

**विषय: प्रतिपूर्ति की गणना के संबंध में नैतिगत 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 किया जा रहा है. मामले पर सावधानी पूर्वक विचार करने के बाद एक नया प्रोफार्मा तैयार किया गया है तथा प्रेषित किया जा रहा है. क्षेत्रीय रेलों से अनुरोध है कि रेलवे चिकित्सा लाभार्थियों द्वारा चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावों के लिए मौजूदा प्रोफार्मा को संलग्न संशोधित प्रोफार्मा द्वारा बदल दिया जाए.

तदनुसार, भारतीय रेल चिकित्सा नियमावली 2000 के पैरा 648 के अनुलग्नक III के लिए शुद्धि पर्ची संलग्न है।

इसे रेल मंत्रालय में सक्षम प्राधिकारी का अनुमोदन प्राप्त है.

(आर.एस. शुक्ला)

संयुक्त निदेशक(स्वास्थ्य )

रेलवे बोर्ड

**भारतीय रेल चिकित्सा नियमावली, 2000 के पैरा 648 के अनुलग्नक III के लिए शुरुि पर्ची**

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 को संलग्न प्रोफार्मा के अनुसार संशोधित किया जाता है.

(प्राधिकार रेलवे बोर्ड का दिनांक 01.06.2017 का पत्र सं. 2005/एच/6-4 पॉलिसी-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 क्व निशान लगायें 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 मगद वाउचर (यदि संगत है)

च. स्टेंट/पेसमेकर/इम्प्लांट इत्यादि का आउटर पाउच

छ. कोई अन्य अनुलग्नक .....

(यदि अनुलग्नक अधिक हो, तो अतिरिक्त अनुलग्नक की संख्या लिखें और अलग से पेपर 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. कार्ड के रद्दकरण 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