

वैद्यकीय अधीक्षक, राज्य कामगार विमा योजना, रुग्णालय, मोहननगर

चिंचवड पुणे -19

एक वर्षाचे कालावधीत वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती साठीचा अर्ज

- 
- 01) विमा धारकाचे संपूर्ण नाव विमा क्रमांक .....
- 02) निवासाचा पूर्ण पत्ता .....
- दूरध्वनी क्रमांक .....
- 03) कंपनीचा पत्ता व नाव .....
- दूरध्वनी क्रमांक .....
- 04) रुग्णाचे नाव त्याचे विमाधारकाशी .....
- नाते व वय .....
- 05) विमा डॉ. नाव / कोड नंबर .....
- 06) उपचार केलेल्या रुग्णालयाचे नाव .....
- ते, शासकीय / म. न. पा. / खाजगी .....
- रुग्णालय आहे काय ?
- 07) औषधोपचाराचा कालावधी दिनांक पासून पर्यंत
- 08) आजाराचे निदान ( नाव) .....
- 09) ऑपरेशनचा दिनांक .....
- 10) रुग्णाच्या निवासस्थानापासून / अपघात झाल्याचे ठिकाणापासून उपचार केलेल्या :-
- खाजगी रुग्णालयाचे अंतर : कि. मी .
- शासकीय रुग्णालयाचे अंतर : कि. मी .
- रा. का. वि. यो. रुग्णालयाचे अंतर : कि. मी .
- म. न. पा. रुग्णालयाचे अंतर : कि. मी .
- 11) रुग्णालयातील प्रत्यक्ष एकूण खर्च :  
(अक्षरी रू.)
- 12) रक्त / तपासणीचा खर्च :  
वाहेरून खरेदी केलेली औषधे .
- 13) बाह्यरुग्ण उपचारासाठी
- अ) औषधे कोणाच्या सल्याने घेतली :  
ब) तपासणी कोणाच्या सल्याने केली :  
क) एकूण खर्चाची रक्कम व तपशिल :



DETAILS OF INFORMATION FOR MEDICAL REIMBURSEMENT  
CLAIM OF I.P SHRIASMT. INS.NO.

INFORMATION TO FILLD BY I.M.P./ I.M.O.

- 01) Name of the I.P. Age.
- 02) Name of the patient.  
Relationship with I.P.
- 03) Name of the Dispensary / I.M.P. With  
I.P. attached
- 04) Period of indoor treatment : Days from: to.
- 05) Period of out door treatment : Days from : to
- 06) Full Diagnosis ( write in capital letters ) :
- 07) Name & Address of the hospital  
Where patient had taken treatment.
- 08) Whether patient was referred by IMO/IMP  
to the specialist centre / Govt. if not give  
the reason.
- 09) Whether admission in ESIS hosp./  
Govt. hosp. was possible.
- 10) Whether the medicine as prescribed:  
were available in service Dispensary /  
specialist centre.
- 11) Whether the prescription were produced  
by I.P. in spl. centre / service dispy.
- 12) Name of the medicines purchased by  
I.P. From shop.
- 13) Date of admission in  
hospital from:
- 14) Please mention the condition of  
the patient at the time of admission  
in the hospital.
- 15) Date of operation in hospital:
- 16) Date of discharge of hospital:
- 17) Whether the case has been :  
Certified as an emergency by  
Hospital authority.

18) An Amount of  
Reimbursement Claim by I.P.

1. Hospital Bill Rs,
2. Investigation Rs,  
Charges.
3. Purchase of Rs,  
Medicine.

.....  
Total  
.....

19) An Amount recommended  
as per G.R.NO.ESI./1187/  
864/CR/177/Med 3, datd.6.7.92  
& Circular of A.M.O.

1. Bed charges Rs,
2. Medicine Rs,
3. Investigation Rs,
4. Other charges Rs,

.....  
Total  
.....

20) Whether all Certificates, Vouchers, Bills have been certified by the prescribe authorities.

21) Whether all stamped Receipts in support of payment in original attached:-

22) Whether the patient was taking treatment before the emergency private treatment.

SIGNATURE & RUBBER STAMP  
OF IMP / IMO

COUNTERSIGNED BY  
IMP / IMO.



(5)

INFORMATION REGARDING REIMBURSEMENT OF MEDICAL  
EXPENSES APPLICATION NO.R.

- 01) Name of Patient :-
- 02) O.P.D.Treatment :-
- 03) Date of Admission with time :-
- 04) Referred by Dr, :-
- 05) Date of Discharge :-
- 06) Foolow-up (if recommended) :-
- 07) Previous History :-
- 08) a) Condition at the time of Admission :-
- b) Provisional Diagnosis :-
- 09) Date of operation :-
- 10) Operation Note :-
- 11) Details of treatment Given :-
- 12) Final Diagnosis :-
- 13) Condition at the time of discharge :-

SIGNATURE & STAMP

TO BE CERTIFIED BY HOSPITAL AUTHORITIES WHERE THE PATIENT WAS TREATED FOR THE INDOOR ILLNESS.

Certified that the patient Shri / Smt / Kum .....  
..... age ..... Years was admitted in hospital on .....  
at ..... a.m./ p.m. and discharged on ..... the  
patient was treated for .....  
.....

At the time of admission the Condition of the patient was unconscious/serious. His/Her transfer/ admission at any E.S.I.S. Hospital / govt.Hospital have seriously. Jeopardised his/her health rising his/her life.

Name of the doctor & Sing.  
Rubber stamp of Hospital





## सूचना

### १. वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्तीच्या मागणीकरीता अर्ज सादर करण्याविषयी .

#### वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्तीचे कोरे अर्ज मागणीसाठी येताना खालील मूळ कागदपत्रे दाखवावीत .

- ०१) रा.का.वि.यो.महामंडळाचे फॅमिली मेंबर्सचे फोटो असलेले ओळखपत्र .
- ०२) ज्या रूग्णालयात उपचार घेतले त्या रूग्णालयाचे दाखलमुक्त (डिसचार्ज) कार्ड .
- ०३) औषधी खरेदीच्या मूळ पावत्या .
- ०४) रूग्णालयाचे विहित नमुन्यातील विल .
- ०५) रूग्णालयास विल भरल्याची पावती .
- ०६) केलेल्या सर्व तपासण्या रिपोर्टस .
- ०७) शासकीय रूग्णालयातून व योजनेच्या रूग्णालयातून, अथवा मनपा रूग्णालयातून प्रसुतीपूर्वी काळात घेतलेल्या उपचाराची कागदपत्रे,

(शासकीय रूग्णालयातील प्रस्तुति संदर्भातील प्रकरणाकरीता फक्त)

- २) वै.ख.प्रतिपूर्तीचे प्रकरण कार्यालयास सादर करतांना प्रकरणासोबत जोडावयाची कागदपत्रे .
- ०१) कार्यालयाने दिलेला संपूर्ण रकाने पूर्ण भरलेला मूळ फॉर्म एका प्रतित सर्वकागदपत्रांच्या झेरॉक्स सेटसह सादर करावा .
- ०२) उपचार केलेल्या रूग्णालयाचे तातडीचे /गंभीर असल्याचे प्रमाणपत्र जोडावे .
- ०३) रा.का.वि.महामंडळाच्या ओळखपत्राची दोन्ही बाजूच्या झेरॉक्सची (फोटोसहित) साक्षांकित प्रत सोबत जोडावी .
- ०४) रूग्णालयाचे दाखलमुक्त प्रमाणपत्र सही शिक्क्यासह सादर करावे .
- ०५) उपचाराचे कालावधीचे रा.का.वि.महामंडळाचे वैद्यकीय हितलाभास (सिकनेसवेनिफीटला) पात्र असल्याचे प्रमाणपत्र .
- ०६) खाजगी रूग्णालयात उपचार का घेतले या संबंधी स्वतंत्र कागदावर खुलासा करावा .
- ०७) औषध खरेदीच्या पावत्या तारखेनुसार क्रमाने लावून कागदावर डाव्या बाजूस फक्त चिटकवणे .

अ) ह्या पावत्यावर, ज्या रूग्णालयात उपचार घेतले त्या रूग्णालयाच्या संबंधित उपचार करणा-या डॉक्टरांचे सही-शिक्के मागील बाजूस खालच्या उजव्या कोप-यात घेवून सोवात औषधपत्रके जोडावीत .

व) सर्व पावत्यांवर व तपासण्या अहवालावर रूग्णाचे संपूर्ण नांव व तारिख स्पष्ट असणे आवश्यक आहे .

क) कॅश मेमो असा उल्लेख नसलेल्या रू.५०००व त्यावरील रकमेच्या पावत्यांवर रू १/- चे रेव्हेंयू स्टॅम्प लावून त्यावर केमिस्ट /दुकानदाराची सही व शिक्का असणे जरूरीचे आहे .

०८) रूग्णालयाचे विहित नमुन्यातील तपशिलवार देयक (सोबत मागणी केलेले डिटेल्सही) द्यावेत . (रूग्णालयाचे देयक विहित नमुन्यातील छापील स्वरूपाचे असावे .साध्या कागदावर अथवा रूग्णालयाचे लेटर पॅडवर दिलेले देयक स्विकारले जाणार नाही) .



- ०९) रूग्णालयास रक्कम अदा केल्याच्या छापील पावतीवर रेव्हेन्यू स्टॅम्प लावून ल रूग्णालयाची सही व शिक्का असलेली पावतीच सादर करावी .
- १०) रूग्णालयात अॅडव्हान्स भरला असेल तर त्यावर रेव्हेन्यू स्टॅम्प लावून सही व शिक्का असलेल्या पावत्या सादर कराव्यात .
- ११) .रूग्णालयातील उपचार कालावधीत केलेल्या तपासणीचे सर्व रिपोर्ट उ दा .एक्स-रे/पॅथॉलॉजी/सी .टी .स्कॅन/यू .एस .जी .इत्यादी सोवत जोडावेत .
- १२) विमा कामगाराचा कंपनीत अपघात झाला असल्यास कंपनीने भरलेला अॅक्सीडेंट रिपोर्ट कंपनीचा सही शिक्कासह द्यावा .
- १३) विमा कामगाराचा रस्त्यावर अपघात झाला असल्यास पोलिस पंचनामा जोडावा तसेच अपघाताचे ठिकाणाचे अंतर, अपघाताचे स्वरूप ह्याचा तपशिल देण्यात यावा .
- १४) रूग्णाचा मृत्यू झाला असल्यास मृत्यूचे कायदेशीर बाबींचे प्रमाणपत्र जोडावे .
- १५) प्रकरणांची रक्कम प्राप्तीसाठी मृत्यू झालेल्या विमा कामगाराचे कुटुंबियानी रा .का .वि . महामंडळाचे नामनिर्देशन (नॉमिनेशन) प्रमाणपत्र जोडणे आवश्यक आहे .
- १६) इंजिओप्लास्टी/व्हॉल्व्ह रिप्लेसमेंट याबाबतचा योग्य तो पुरावा जोडावा .
- १७) रूग्णाने प्रसुतिपूर्व कालावधीत घेतलेल्या उपचाराची/शासकीय/मनपा/राकावियो रूग्णालयाची कागदपत्रे जोडावीत .
- १८) विमा कामगाराने घेतलेल्या खाजगी रूग्णालयातील उपचारांसाठी जर कंपनीने सर्व खर्च केला असेल तर विमा कामगारांस मंजूर झालेली रक्कम कंपनीस देण्यात यावी . याबाबत विमा कामगाराचे पत्र तसेच कंपनीचेही पत्र जोडाने . (प्रतिज्ञापत्रासह-अॅफिडेव्हीट) .
- १९) वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्तीची सर्व मूळ कागदपत्रे लावून व त्यावर अनुक्रमांक टाकून त्याचा एक सेट करून द्यावा व कार्यालयास सादर करावयाच्या प्रकरणाच्या कागदपत्रांच्या झेरॉक्स प्रतींचा एक स्वतंत्र सेट दहा हजार पर्यंत एक झेरॉक्स सेट, दहा हजार ते पंचवीस हजार पर्यंत दोन झेरॉक्स सेट ,पंचवीस हजाराच्या पुढील तीन झेरॉक्स सेट अर्जासह प्रकरणासोबत सादर करावेत .

### ०३) वया संबंधी .

०१) विमा कामगाराच्या त्याच्यावर अवलंबून असलेल्या मुला-मुलींचे वय वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती मिळण्यासाठी २१वर्षे पर्यंत असावे .

०२) विमा कामगारावर पूर्ण अवलंबून असलेले मुला-मुलींमध्ये, अपंग,वेडसर लहाणपणी मार लागल्यामुळे आलेल्या शारिरिक अपंगत्व, यांना वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती मिळण्याचा अधिकार आहे . (रा .का .वि . महामंडळाचे नियम पुस्तिकेतील नियम ३ म चा नियम ४अ व व) .

टिप : सदरील क्रमांक १ च्या सुचनेनुसार विमा कामगाराने आपले वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्तीचे अर्ज मागणीस आवश्यक असणारी कागदपत्रे आणली असतील तर वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती प्रकरणाचा अर्ज देण्यात येईल .

तसेच सुचना क्रमांक २ व ३ मधील पोटनियमानुसार मागणी अर्जाची पूर्तता सर्व कागदपत्रासह केली असेल तरच वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्तीचे अर्ज कार्यवाहीसाठी स्वीकारले जातील . अन्यथा अपूर्ण अर्ज स्वीकारले जाणार नाहीत .

अर्ज सादर केल्यानंतर पंधरा दिवसांनी विमा कामगारास दिलेली पावती घेवून आल्यास त्यांच्या प्रकरणांचा नोंदणी क्रमांक देण्यात येईल . याची सर्व विमा कामगारांनी नोंद घ्यावी .