

ਮੈਡੀਕਲ Reimbursement ਲਈ ਚੈਕ ਲਿਸਟ ਪ੍ਰੋਫਾਰਮਾ

1.	ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਤੀਪੂਰਤੀ ਲਈ ਬਿਨੈਕਾਰ ਅਧਿਕਾਰੀ/ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਇੰਪਲਾਈ ਆਈ.ਡੀ.ਨੰ./ਪੈਨਸ਼ਨਰ ਆਈ.ਡੀ.ਨੰ:	
2.	ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਫਾਰਮ ਉੱਤੇ ਸੀ.ਕਾ.ਕਾ.ਇੰਜੀ/ਡੀ.ਡੀ.ਓ. ਵਲੋਂ ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ।	
3.	ਜਦੋਂ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿਲ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਮੰਡਲ ਦਫਤਰ ਵਿੱਚ ਕਲੇਮ ਲਈ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਗਏ, ਤਾਂ ਉਸਦਾ ਡਾਇਰੀ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਦਰਸਾਈ ਜਾਵੇ।	
4.	ਜੇਕਰ ਕਰਮਚਾਰੀ ਵਲੋਂ ਇਲਾਜ ਉਪਰੰਤ ਬਿਲ ਮਿਥੇ ਸਮੇਂ (6 ਮਹੀਨੇ) ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਤਾਂ ਇਸ ਲਈ ਉਸ ਤੋਂ ਕਾਰਨ ਸਪਸ਼ਟ ਕਰਵਾਏ ਜਾਣ ਅਤੇ ਸਮਰੱਥ ਅਧਿਕਾਰੀ ਵੱਲੋਂ Delay condone ਸਬੰਧੀ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ/ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਦੱਸੀ ਜਾਵੇ।	
5.	ਕਰਮਚਾਰੀ ਵਲੋਂ ਬਿਲਾ ਤੇ ਪੇਡ ਬਾਈ ਮੀ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ।	
6.	ਕਲੇਮ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਬਿੱਲਾਂ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਦੇ ਸਬੂਤ ਵੱਜੋਂ (Receipt of Payment) ਰਸੀਦ ਜਿਸ ਤੇ ਸੀਰੀਅਲ ਨੰ: ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਦਰਸਾਈ ਹੋਵੇ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ।	
7.	(ੳ) ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਤੀਪੂਰਤੀ ਲਈ ਬਿਨੈਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਕਲੇਮ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਬਿੱਲ ਉਸਦਾ ਖੁੱਦ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਹੈ।	
	(ਅ) ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ ਬਿਨੈਕਾਰ ਤੋਂ ਹਲਫੀਆ ਬਿਆਨ ਤੇ ਤਸਦੀਕ ਕਰਵਾਇਆ ਜਾਵੇ ਕਿ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਜਿਸ ਮੈਂਬਰ ਦਾ ਇਹ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿਲ ਹੈ ਉਹ ਉਸਤੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਿਰਭਰ ਹੈ। ਡੀ.ਡੀ.ਓ ਵੱਲੋਂ ਇਸ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੇ ਐਚ.ਆਰ.ਡਾਟਾ ਜਾਂ ਪੀ.ਪੀ.ਓ ਦੀ ਕਾਪੀ ਤੋਂ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਇਸ ਸਬੰਧੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਰਿਕਾਰਡ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ।	
	* ਜੇਕਰ ਕਲੇਮਕਰਤਾ ਵੱਲੋਂ ਬੱਚਾ ਅਡਾਪਟ ਕੀਤਾ ਹੈ ਤਾਂ ਅਡਾਪਸ਼ਨ ਡੀਡ/ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ ਸਬੰਧੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੱਥੀ ਕੀਤੇ ਜਾਣ।	
	(ੲ) ਕਰਮਚਾਰੀ ਤੇ ਤਸਦੀਕ ਕਰਵਾਇਆ ਜਾਵੇ ਕਿ ਉਸਤੇ ਨਿਰਭਰ ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਮੈਂਬਰ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਪੇਈ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸਨੇ ਮੈਡੀਕਲ ਬੀਮਾ ਨਹੀਂ ਕਰਵਾਇਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿਸੇ ਸੰਸਥਾ ਤੋਂ ਮੈਡੀਕਲ ਰੀਇਬਰਸਮੈਂਟ ਜਾਂ ਮੈਡੀਕਲ ਕਲੇਮ ਨਹੀਂ ਲਿਆ ਹੈ।	
	(ਸ) ਜੇਕਰ ਬਾਲਗ ਬੱਚੇ ਦਾ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲ ਕਲੇਮ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਨਾਮਜ਼ਦ ਅਧਿਕਾਰੀ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਨਿਰਭਰਤਾ/Dependency ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨੱਥੀ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ।	
	(ਹ) ਜੇਕਰ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੀ ਮੌਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕੁਦਰਤੀ ਵਾਰਸਾਂ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ। ਕਲੇਮਕਰਤਾ ਦੇ ਲੀਗਲ ਵਾਰਸ ਪਾਸੋਂ ਫਸਟ ਕਲਾਸ ਮੈਜਿਸਟ੍ਰੇਟ ਵਲੋਂ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹਲਫੀਆ ਬਿਆਨ ਅਤੇ ਬਾਕੀ ਪਰਿਵਾਰਿਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਪਾਸੋਂ ਇਤਰਾਜ਼ਹੀਣਤਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਵੀ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ।	

8.	ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਨਾਲ ਲੱਗੇ ਬਿਲਾਂ ਉੱਤੇ ਸਬੰਧਤ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਉਸ ਅਧੀਨ ਆਉਂਦੇ ਜੂਨੀਅਰ ਡਾਕਟਰ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਨਾਮ ਡਿਸਚਾਰਜ ਕਾਰਡ ਵਿੱਚ ਦਰਜ ਹੋਣ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਤੀ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਵਾ ਕੇ ਨਾਲ ਭੇਜਿਆ ਜਾਵੇ।	
9.	ਅੱਖਾਂ ਅਤੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਬਿਲਾਂ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਸਮੁੱਚੇ ਜੀਵਨ ਦੌਰਾਨ ਸਿਰਫ ਇਕ ਵਾਰੀ ਮਿਲਣਯੋਗ ਹੈ। ਇਸ ਲਈ ਸਬੰਧਤ ਕਰਮਚਾਰੀ ਤੋਂ ਇਹ ਤਸਦੀਕ ਕਰਵਾਇਆ ਜਾਵੇ ਕਿ ਉਸਨੇ ਪਹਿਲਾਂ ਕਦੇ ਵੀ ਇਸ ਦੇ ਬਿਲਾਂ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਨਹੀਂ ਲਈ ਹੈ ਅਤੇ ਕਰਮਚਾਰੀ/ਪੈਨਸ਼ਨਰ ਦੇ ਸਰਵਿਸ ਰਿਕਾਰਡ/ਪੀਪੀਓ ਤੋਂ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ ਕਿ ਇਹ ਅਦਾਇਗੀ ਉਸ ਵਲੋਂ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਲਈ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ।	
10.	(ੳ)	ਅਸਲ ਡਿਸਚਾਰਜ ਕਾਰਡ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ।
	(ਅ)	ਅਸਲ ਡਿਸਚਾਰਜ ਕਾਰਡ ਨਾ ਹੋਣ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਕਰਮਚਾਰੀ/ਰਿਟਾਇਰੀ ਪਾਸੋਂ ਸਪਸ਼ਟੀਕਰਨ ਲੈ ਕੇ ਆਪਣੀ ਟਿੱਪਣੀ/ਸਿਫਾਰਸ਼ ਸਹਿਤ ਭੇਜਿਆ ਜਾਵੇ।
11.	ਕਰੋਨਿਕ ਵਾਲੇ ਆਊਟ ਡੌਰ ਬਿਲਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕੀਤੇ ਜਾਣ:-	
	(ੳ)	ਪ੍ਰਸਕਰਿਪਸ਼ਨ ਜਿਸ ਤੇ ਡਾਕਟਰ ਵਲੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਦਵਾਈਆਂ ਕਿੰਨੀਆਂ ਅਤੇ ਕਦੇ ਤੱਕ ਲੈਣੀਆਂ ਹਨ, ਸਪਸ਼ਟ ਦਰਸਾਇਆ ਹੋਵੇ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ।
	(ਅ)	ਪ੍ਰਸਕਰਿਪਸ਼ਨ ਮੁਤਾਬਿਕ ਹੀ ਪ੍ਰਤੀਪੂਰਤੀ ਫਾਰਮ ਤੇ ਇਲਾਜ ਦਾ ਸਮਾਂ ਦਰਸਾਇਆ ਹੋਵੇ।
	(ੲ)	ਕਰੋਨਿਕ ਬਿਮਾਰੀ ਸਬੰਧੀ ਜਾਰੀ ਕਰੋਨਿਕ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦੀ ਵੈਲਿਡਿਟੀ ਦੀ ਮਿਤੀ ਚੈਕ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ।
	(ਸ)	ਕਰੋਨਿਕ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਬਿਲ <u>ਤਿੰਨ ਮਹੀਨੇ</u> ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਹੀਂ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ।
	(ਹ)	ਕਰੋਨਿਕ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਸਮੇਂ ਅਨੁਸਾਰ ਵੱਖ ਵੱਖ ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਫਾਰਮ ਭੇਜੇ ਜਾਣ।

ਉਪਰੋਕਤ ਅਨੁਸਾਰ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਦਸਤਾਵੇਜ਼/ਸੂਚਨਾ ਸਹੀ ਹੈ ਅਤੇ ਵਿਭਾਗੀ ਪ੍ਰਚਲਿਤ ਹਦਾਇਤਾਂ ਮੁਤਾਬਕ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਤੀਪੂਰਤੀ ਕਰਮਚਾਰੀ/ਪੈਨਸ਼ਨਰ ਨੂੰ ਮਿਲਣਯੋਗ ਹੈ ਜੋ ।

ਮੰਡਲ ਸੁਪਰਡੈਂਟ

ਸੀਨੀ:ਕਾ:ਕਾ:ਇੰਜ:./ਵਪੀਕ ਨਿਗਰਾਨ ਇੰਜ:./ਸੰਚਾਲਣ.