

(कृपया जहाँ आवश्यक हो वहाँ अतिरिक्त पृष्ठ लगाएं
Where necessary please attach additional sheets)

चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के दावों हेतु आवेदन
APPLICATION FOR CLAIMING REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES
(अंतरंग रोगी उपचार / INPATIENT TREATMENT)

1. आवेदक/Applicants
a) नाम/Name
b) पदनाम /Designation
c) प्रभाग/इकाई /Division/Unit
d) वेतन बैंड में वेतन/Pay in Pay Band - रु./Rs.
e) ग्रेड वेतन/Grade Pay - रु./Rs.
2. वास्तविक आवासीय पता एवं दूरभाष सं.
Actual residential address & Tel. No.
3. a) रोगी का नाम/Name of the patient
b) आवेदक के साथ संबंध/Relationship with the applicant
4. सीएचएसएस कार्ड संख्या एवं औषधालय का नाम
CHSS Card No. with Dispensary Name
5. सीएचएसएस सुविधा का लाभ नहीं ले पाने का कारण
Reasons why CHSS facilities could not be availed of
6. दिनांक, घटना का स्थान एवं आकस्मिक संकट शुरू होने का समय
Date, place of occurrence and time of commencement
of medical emergency
7. क्या 4 दिनों के अन्दर सीएचएसएस को रिपोर्ट किया गया?
यदि हाँ तो किसे? (यदि ऐसा नहीं किया गया, तो कृपया कारण बताएं)
Whether reported to CHSS within 4 days, if so to whom?
(If this was not done, please state the reasons)
8. अस्पताल का नाम जिससे उपचार कराया गया
Name of Hospital from which treatment availed of
9. यदि औषधि इत्यादि अनुमोदित दुकान के अलावा किसी अन्य
दुकान से खरीदी गई हैं, तो कृपया कारण बताएं
If medicines etc. have been bought from a shop other
than approved shop, please state the reasons

10. किए गए व्यय का विवरण /Details of expenses incurred

राशि Amount

- | | |
|--|-----------|
| a) ठहरने का प्रभार Stay charges | : रु./Rs. |
| b) शल्यक्रिया प्रभार Operation charges | : रु./Rs. |
| c) जाँच Investigations | : रु./Rs. |
| d) परामर्श Consultations | : रु./Rs. |
| e) इन्जेक्शन Injections | : रु./Rs. |
| f) दवाइयाँ Medicines | : रु./Rs. |
| g) एक्स-रे प्रभार X-ray charges | : रु./Rs. |
| h) रक्त आधान Blood transfusion | : रु./Rs. |

कुल रु./Total Rs.

दावे के समर्थन में अस्पताल का प्रमाणपत्र संलग्न है

A Certificate from the Hospital in support of the claim is enclosed.

हस्ताक्षर Signature :

दिनांक Date :

संलग्नक/Encl :

सहायक कार्मिक अधिकारी (सीएचएसएस)
APO (CHSS)

(एलईएस प्रपत्र-3 का अनुलग्नक/Enclosure to LES Form -3
प्रत्येक रोगी हेतु अलग बिल/separate bill for each patient)

प्रपत्र- 3-ए/PROFORMA - 3A

अस्पताल का पता/Address of the Hospital:

प्रमाणपत्र/CERTIFICATE

प्रमाणित किया जाता है कि _____ का दिनांक _____
से _____ तक की अवधि के दौरान _____ के लिए चिकित्सीय
आपातकाल के कारण उपचार किया गया और चिकित्सीय परिणाम इस प्रकार हैं _____

Certified that _____ was treated in
a medical emergency during the period from _____ to _____ for
_____ and the clinical findings
are _____

हमारे विचारानुसार चिकित्सीय एवं सहवर्ती सोच-विचार के आधार पर यदि तत्काल चिकित्सा सहायता नहीं दी जाती तो उपर्युक्त रोगी के स्वास्थ्य को गंभीर खतरा/क्षति अथवा हानि हो सकती थी। हमारे द्वारा भुगतान किया गया बिल निम्नलिखित हैं:

In our opinion but for the immediate medical aid given there would have been, on the basis of medical and attendant considerations, a serious danger/hazard or deleterious consequence to the health of the above patient. Our bill which has been paid is as follows:

राशि/Amount

a) ठहरने का प्रभार/Stay charges:

दिनांक _____ से _____
तक दिवस _____ के लिए रु. प्रति दिन _____ रु. _____
_____ days from _____
to _____ at Rs. _____ per day _____ Rs. _____

b) शल्यक्रिया प्रभार/Operation charges:

1) की गई शल्यक्रिया की प्रकृति एवं दर रु. _____ रु./Rs. _____
Nature of operation performed & rate Rs. _____

2) एनेस्थेटिस्ट प्रभार _____ रु./Rs. _____
Anesthetists charges

3) शल्यक्रिया कक्ष प्रभार _____ रु./Rs. _____
Operation theatre charges

c) जाँच/Investigations :

(विवरण दें give details)

d) परामर्श/Consultations:

- i) आरंभिक परामर्श रु./Rs. _____ रु./Rs. _____
Initial consultation
- ii) अनुवर्ती परामर्श संख्या/Nos. _____ रु./Rs. _____
Subsequent consultation रु./Rs. _____

e) इन्जेक्शन/Injections

- i) इंजेक्टिबल्स का मूल्य Cost of injectibles रु./Rs. _____
- ii) इन्जेक्शन लगाने का शुल्क Charges for administration रु./Rs. _____

f) दवाइयाँ/Medicines

(विवरण दें give details)

g) एक्स-रे प्रभार/X-Ray charges

- i) प्लेटों की संख्या No. of plates _____
- ii) प्रत्येक एक्स-रे का प्रभार रु. _____ रु./Rs. _____
Charges for each X-Ray Rs. _____

f) रक्त आधान/Blood transfusion रु./Rs. _____

कुल रु./Total Rs. _____

प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त बिल में कोई भी प्रसाधन सामग्री शामिल नहीं है।

Certified that no toiletry items form part of the above bill.

चिकित्सक के हस्ताक्षर

नाम, शैक्षणिक योग्यता रबड़ की मोहर सहित

Signature of the Medical Practitioner

Name, Qualifications with rubber stamp.

यदि विवरण नहीं दिए जाएंगे, तो दावा लौटा दिया जाएगा।

If details are not given, the Claim will be returned.

रसीद / RECEIPT

सीएचएसएस संख्या / CHSS No. _____

दिनांक/Date _____

मेरी औषधियों/सीएचएसएस बिलों के मूल्य हेतु रु. _____ (रुपये _____)

लेखा अधिकारी, भापअ केंद्र, ट्राम्बे, मुंबई - 400 085 से प्राप्त हुए।

Received from Accounts Officer, BARC, Trombay, Mumbai - 400 085 a sum of Rs. _____

(Rupees _____) towards cost of

medicines/CHSS Bills due to me.

बैंक का नाम / Name of Bank _____

शाखा का पता / Branch Address _____

वचत खाता संख्या / S.B. A/c. No. _____

आईएफएससी कोड संख्या / IFSC Code No. _____

हस्ताक्षर / Signature

नाम / Name : _____

यदि दावा रु.5,000/- से अधिक का हो तो कृपया रु.1/- का राजस्व टिकट लगाएं /
Please affix Revenue stamp of Rs.1/- if the claim exceeds Rs.5,000/-.

भाग -III- लेखा प्रभाग में उपयोग के लिए / Part-III- For use in Accounts Division

रु. _____ के भुगतान हेतु स्वीकृत एवं पारित / Admitted and passed for payment of Rs. _____

संबंधित सहायक / D.A.

सहायक लेखाकार / A.A.

सहायक लेखा अधिकारी / A.A.O.

CHECK LIST FOR LES 1 & LES 3 CLAIMS

- | | | | |
|--|---|---------------------------------|--------|
| 1. Outpatient fill LES 1 & 1A form for <u>OPD</u> treatment. | } | Put 'X' whichever is applicable | |
| 2. Inpatient fill LES 3 & 3A for <u>inpatient</u> treatment. | } | | |
| 3. Reported the case to dispensary within 4 days of its occurrence. | | | YES/NO |
| 3a. If No, details thereof for delay. | | | |
| 4. Submission of form within one month from the day of discharge. | | | YES/NO |
| 4a. If No, details thereof for delay. | | | |
| 5. Signature of the employee/retd. empl./spouse of deceased empl. in the LES 1/LES 3 form. | | | YES/NO |
| 5a. Signature of private Doctor with Name, Regn No., Qualification, and Rubber stamp on form 1A / form 3A obtained. | | | YES/NO |
| 5b. Clinical findings mentioned on the form 1A/form 3A. | | | YES/NO |
| 5c. Bank details furnished with Revenue Stamp (for claim above ₹ 5000/-) for the retired employee. | | | YES/NO |
| 6. Reasons furnished for availing OPD/In-patient treatment exceeding 7 days/15 days alongwith claim, (if applicable). | | | YES/NO |
| 7. Xerox copy of CHSS card (both sides) of Parents/Children above 18 yrs/Retd. empl./beneficiaries of deceased empl. | | | YES/NO |
| 8. Whether followup treatment has been taken from BARC Hospital. | | | YES/NO |
| 9. Enclosure viz. (a) Original Hospital Bill (b) Prescription of purchase of medicine (c) Original cash memos with signature and stamp (d) Details of pathology tests (e) Breakup of disposables, if any (f) Breakup of consumables, if any (g) Discharge Summary (Xerox copy) (h) Clinical notes from the Hospital where the patient was admitted (i) Reports of MRI/CT Scan if any.
(Any test or items/procedure performed which is not included in the form may please be mentioned before the calculation of the expenses). | | | |

NOTE :

1. If the inpatient treatment is taken outside Greater Mumbai, (only in case of emergency) by the retired employee. The claim, may please be preferred in MED 97 A under CSMA Rules 1944 and send to Accounts Section of the Unit concerned. Emergency Certificate from the Hospital should be obtained and enclosed with the form.
2. Retired employees are not eligible for OPD treatment outside Greater Mumbai.
3. The claim will not be entertained if the qualification of doctor is BAMS/BHMS, which is not recognized under Indian Medical Council.
4. Total amount of the claim should be clearly mentioned in the appropriate column, all supporting bills mentioned as above should be enclosed.

Forms are available on BTS/BARC Website www.barc.gov.in