

केंद्र सरकार के कर्मचारियों और उनके परिवार के चिकित्सीय परिचयो/उपचार के संबंध में व्यय की गई चिकित्सा राशि की वापसी के दावे के लिए आवेदन प्रपत्र - अस्पताल में चिकित्सा के लिए

Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance/ treatment of Central Government servants and their families - **FOR TREATMENT IN A HOSPITAL**

1. सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पदनाम (स्पष्ट अक्षरों में)
Name and designation of Government servant
(in Block Letters) _____
क. सरकारी कर्मचारी की संगणक संकेत संख्या
Computer Code No. of the Government servant _____
ख. कर्मचारी संख्या / Employee No. _____
ग. सरकारी कर्मचारी/आश्रित की सीएचएसएस संख्या
CHSS No. of the Government servant/ Dependant _____
घ. विवाहित या अविवाहित
whether married or unmarried _____
च. यदि विवाहित है तो पति/पत्नी के नियोजन का स्थान
if married, the place where wife/
husband is employed _____
 2. कार्यालय का नाम, जहां नियोजित हैं
Office in which employed _____
 3. एफआर में यथा परिभाषित सरकारी कर्मचारी का वेतन
तथा अलग से दिखाई जाने वाली अन्य परिलब्धियां
Pay of the Government servant as defined in
the Fundamental Rules and any other emoluments
which should be shown separately. _____
 4. कार्य का स्थान / Place of duty _____
 5. वास्तविक आवासीय पता
Actual Residential address _____

 6. रोगी का नाम एवं उसका सरकारी कर्मचारी से संबंध
Name of the patient and his/ her relationship
to the Government servant (नोट: बच्चों के मामले में उनकी
आयु भी लिखें / N.B- In case of children state age also.) _____
 7. रोगी कहां बीमार पड़ा (स्थान का नाम)
Place at which the patient fell ill _____
 8. किये गये दावों की राशि के ब्यौरे
Details of the amounts claimed _____
- I. अस्पताल में उपचार / Hospital Treatment**
अस्पताल का नाम / Name of the Hospital _____

निम्नलिखित मदों पर हुए व्यय को अलग से दर्शाते हुए अस्पताल में उपचार पर हुए व्यय का विवरण / Charges for hospital treatment, indicating separately the charges for

- (1) आवास _____
(बताएं कि क्या यह सरकारी कर्मचारी के स्तर या वेतन के अनुसार था और ऐसे मामलों में जहां आवास का स्तर सरकारी कर्मचारी के स्तर से उच्च स्तर का था तो इस आशय का एक प्रमाणपत्र संलग्न करना होगा कि उसके पात्रता के स्तर का आवास उपलब्ध नहीं था)

Accommodation _____
(State whether it was according to the status or pay of the Government servant and in cases whether the accommodation is higher than the status of the Government servant, a certificate should be attached to the effect that the accommodation to which he was entitled was not available)

- (ii) आहार Diet _____
- (iii) शल्यक्रिया या चिकित्सा उपचार या प्रसूति _____
Surgical operation or medical treatment or confinement
- (iv) _____ दर्शाने वाले विकृतजन्य, जीवाण्विक विकिरणकीय या अन्य इसी प्रकार के परीक्षण
Pathological, Bacteriological, Radiological or other similar tests indicating _____
- (क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण किया गया और _____
Name of the hospital or laboratory at which undertaken; and
- (ख) क्या अस्पताल में केस के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के परामर्श से परीक्षण
कराया गया । यदि हां तो इस संबंध में प्रमाणपत्र संलग्न करें ।
whether undertaken on the advice of the Medical officer in charge _____
of the case at the hospital. If so, a certificate to that effect
should be attached
- (v) औषधियां Medicines _____
- (vi) विशेष औषधियां Special medicines _____
(कैश मेमो और आवश्यकता प्रमाणपत्र संलग्न किया जाए/ Cash memos and the Essentiality Certificates should be attached)
- (vii) साधारण नर्सिंग Ordinary nursing _____
- (viii) विशेष नर्सिंग अर्थात् रोगी के लिये विशेष रूप से नर्सों को रखा गया
Special nursing, i.e. nurses, specially engaged for the patient. _____

(कृपया बतायें कि क्या उन्हें अस्पताल में केस के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर या सरकारी कर्मचारी या रोगी के निवेदन पर रखा गया था । पहले वाले मामले में केस के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी से प्राप्त प्रमाणपत्र संलग्न करें जिस पर अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक का प्रतिहस्ताक्षर किया हुआ हो /State whether they are employed on the advice of the Medical Officer in charge of the case at the hospital or at the request of the Government servant or patient. In the former case a certificate from the Medical Officer in charge of the case and countersigned by the Medical Superintendent of the hospital should be attached)

- (ix) एम्बुलेंस प्रभार / Ambulance Charges _____
(आने-जाने के लिए ली गई यात्रा का विवरण दें /State the journey - to and fro-undertaken)
- (x) अन्य कोई प्रभार जैसे कि बिजली की बत्ती, पंखा, हीटर, वातानुकूलन आदि । यह भी बतायें कि क्या उपर्युक्त सुविधाएं सामान्यतः सभी रोगियों को दी जाने वाली सुविधाओं का ही हिस्सा हैं एवं रोगी के लिए कोई अन्य विकल्प नहीं था ।

Any other charges, e.g. charges for electric light, fan, heater, air-conditioning, etc. State also whether the facilities referred to are a part of the facilities normally provided to all patients and no choice was left to the patient. _____

नोट 1- यदि सरकारी कर्मचारी द्वारा सीएस (एमए) नियम, 1944 के नियम 7 के तहत उपचार अपने निवास स्थान पर लिया गया हो तो ऐसे उपचार का विवरण दें और प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक से इन नियमों के तहत यथा आवश्यक प्रमाणपत्र संलग्न करें

NOTE 1 -If the treatment was received by the Government servant at his residence under Rule 7 of the CS (MA) Rules, 1944, give particulars of such treatment and attach a certificate from the Authorized Medical Attendant as required by these rules.

नोट 2 -सरकारी अस्पताल को छोड़कर उपचार दूसरे अस्पताल में कराने पर आवश्यक ब्यौरा एवं प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक से प्राप्त इस आशय का प्रमाणपत्र भी दें कि आवश्यक उपचार किसी भी निकटतम सरकारी अस्पताल में उपलब्ध नहीं था ।

NOTE 2 -If the treatment was received at a hospital other than a Government hospital, necessary details and the certificate of the Authorized Medical Attendant that the requisite treatment was not available in any nearest Government hospital should be furnished.

II विशेषज्ञ से परामर्श Consultation with Specialist -

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक को छोड़कर विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी को दिए गए शुल्क के संबंध में विवरण दें
Fees paid to a Specialist or a Medical Officer other than the Authorized Medical Attendant, indicating

क) विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का नाम, पदनाम जिससे परामर्श किया गया तथा वे किस अस्पताल से जुड़े हैं
Name and designation of the Specialist or Medical Officer consulted and the hospital to which attached

ख) परामर्शों की संख्या तथा तारीखें और प्रत्येक परामर्श के लिए लिया गया शुल्क
The number and dates of consultation and the fees charged for each consultation

ग) क्या परामर्श अस्पताल में, या विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी _____ के निवास स्थान पर लिया गया था; एवं
whether consultation was had at the hospital, at the consulting room of the Specialist or Medical Officer or at the residence of the patient; _____ and

घ) क्या प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह पर विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से परामर्श लिया गया था और क्या राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी से पूर्व अनुमोदन प्राप्त किया गया था। यदि हाँ तो इस आशय का प्रमाणपत्र संलग्न किया जाए।
whether the Specialist or Medical Officer was consulted on the advice of the Authorized Medical Attendant and the prior approval of the Chief Administrative Medical officer of the State was obtained. If so, a certificate to that effect should be attached _____

9. कुल दावा राशि _____ रु. Rs _____
Total Amount Claimed
10. (-) _____ लिया गया अग्रिम (कुल राशि से घटाया जाना है) _____ रु. Rs _____
Less Advance taken on
11. दावा की गई निवल राशि _____ रु. Rs _____
Net amount claimed
12. संलग्नकों की सूची _____
List of enclosures

घोषणा सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित होनी चाहिए

DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिया गया विवरण मेरे ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सही है और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह मेरे ऊपर पूर्ण रूप से निर्भर है। I hereby declare that the statements in the application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependant upon me.

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर
एवं कार्यालय का नाम जिससे संलग्न हैं
Signature of the Government servant
and office to which attached

दिनांक Date: _____

नोट: चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु दावा उपचार की समाप्ति की तारीख से तीन महीनों के अंदर प्रस्तुत किया जाए।

Note: Claims for reimbursement of medical expenses should be preferred within three months from the date of completion of treatment.

प्रमाणपत्र 'ख' CERTIFICATE 'B'

(उन रोगियों के मामले में भरा जाए जिन्हें इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती किया गया हो)

(To be completed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment)

यह प्रमाण पत्र _____ में नियुक्त श्री _____ की पत्नी/पुत्र/पुत्री/श्रीमती/श्री/कुमारी _____ पत्नी/पुत्र/पुत्री श्री _____ को दिया गया ।

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss.....wife/son/daughter of Mr. employed in the

भाग - 'क' PART-'A'

मैं डॉ. _____ एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ _____

I, Dr. _____ hereby certify-

क) कि रोगी को _____ के परामर्श/मेरे परामर्श से अस्पताल में भर्ती किया गया था ।

(चिकित्सा अधिकारी का नाम)

that the patient was admitted to hospital on the advice of

(name of the Medical Officer)

/ on my advice;

ख) कि रोगी इलाज के लिए _____ में रहा है और कि इस संबंध में मेरे द्वारा नुस्खों में दी गई निम्नलिखित औषधियां रोगी की हालत में सुधार लाने के लिए/गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य थीं ये औषधियां _____ अस्पताल में प्राइवेट रोगियों को देने के लिए

(अस्पताल का नाम)

स्टाक में नहीं रखी जाती और ये स्वत्वाधिकार की मदें नहीं हैं जिनके लिए समान चिकित्सा मूल्यवाली सस्ती औषधियां उपलब्ध हैं। न ही वे मूलतः खाद्य, श्रृंगार सामग्री अथवा निसंक्रमक मदें हैं ।

that the patient has been under treatment at..... and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/ prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the(name of hospital) for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations, which are primarily foods, toilets or disinfectants.

औषधियों का नाम Name of medicines	कीमत Price	औषधियों का नाम Name of medicines	कीमत Price

ग) कि दिए गए इंजेक्शन रोग प्रतिरोध क्षमता या रोग-निरोध के लिए थे/नहीं थे ।

that the injections administered were not/ were for immunizing or prophylactic purposes;

घ) कि रोगी _____ से पीड़ित है/था और _____ से _____ तक मेरे इलाज में है /था ।

that the patient is/ was suffering fromand is / was under treatment from to

ड) कि जिन एक्सरे, प्रयोगशाला जांच आदि के लिए _____ रुपये की धनराशि खर्च की गई, वे आवश्यक थे और मेरी सलाह से _____ में किए गए थे।

(अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम)

that the X-ray, laboratory test, etc., for which an expenditure of Rs..... was incurred were necessary and were undertaken on my advice at (name of the hospital or laboratory);

च) कि मैंने रोगी को विशेष परामर्श के लिए डॉ. _____ के पास भेजा और
(राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) _____
का नियमों के अनुसार यथा आवश्यक, अनुमोदन प्राप्त किया गया था।

that I called on Dr. _____ for Specialist consultation and that the necessary approval of the _____ (name of the Chief Administrative Medical Officer of the State) as required under the rules was obtained.

अस्पताल में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम
Signature and Designation of the Medical
Officer in charge of the case at the hospital

भाग 'ख' PART- 'B'

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी इलाज के लिए _____ अस्पताल में रहा है और कि विशेष नर्सों की जिन सेवाओं के लिए _____ रुपये की धनराशि खर्च की गई थी, जिनके बिल तथा रसीदे, संलग्न हैं, वे रोगी की हालत को ठीक करने/गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य थी।

I certify that the patient has been under treatment at the _____ hospital and that the service of the special nurses for which an expenditure of Rs. _____ was incurred, vide bills and receipts attached, were essential for the recovery/ prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

अस्पताल में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of the Medical Officer in charge
of the case at the hospital

प्रतिहस्ताक्षरित/COUNTERSIGNED

चिकित्सा अधीक्षक / Medical Superintendent _____ अस्पताल /Hospital

* मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी इलाज के लिए _____ अस्पताल में रहा है और उसे जो सुविधाएं दी गईं वे रोगी के इलाज के लिए अनिवार्य न्यूनतम सुविधाएं थीं।

* I certify that the patient has been under treatment at the _____ hospital and that the facilities provided were the minimum, which were essential for the patient's treatment.

चिकित्सा अधीक्षक _____ अस्पताल
Medical Superintendent _____ Hospital

स्थान Place _____

नोट -जो प्रमाणपत्र लागू न हो वे काट दिए जायें। प्रमाणपत्र (डी) अनिवार्य है और सभी मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाना चाहिए।

Note- Certificates not applicable should be struck off. Certificate (d) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

* 'न्यूनतम सुविधाएं प्रमाणपत्र' संबंधित अस्पताल चिकित्सीय अधीक्षक द्वारा या अन्य राजपत्रित चिकित्सा अधिकारी जिन्हें चिकित्सीय अधीक्षक द्वारा इसके लिये प्राधिकृत किया गया हो, द्वारा हस्ताक्षरित किया जाए।

*The 'minimum facilities certificate' may be signed either by the Medical Superintendent of the Hospital concerned or another Gazetted Medical Officer who has been authorized in this behalf by the Medical Superintendent.

(जी.आई., एम.एच., ओ.एम. नं. एफ. 2-35/52 एलएसजी (एच.आई), दिनांक. 19 सितंबर, 1958)

(G.I., M.H., O.M. No. F. 2-35/52-LSG (H.I.), dated the 19th September, 1958.)