

केंद्र सरकार के कर्मचारियों और उनके परिवार के चिकित्सीय परिचर्या/उपचार के संबंध में व्यय की गई चिकित्सा राशि वापसी के दावे के लिए आवेदन प्रपत्र - प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक द्वारा चिकित्सीय परिचर्या के लिये

Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance/ treatment of Central Government servants and their families - **FOR MEDICAL ATTENDANCE BY AUTHORISED MEDICAL ATTENDANT**

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 \_\_\_\_\_

**D) चिकित्सा परिचर्या / Medical Attendance -**

- क) परामर्श हेतु फीस, (विवरण दें)  
Fees for consultation indicating \_\_\_\_\_
- 1) परामर्शदाता चिकित्सा अधिकारी का नाम, पदनाम एवं अस्पताल या डिसपेंसरी जहां संलग्न हो  
Name and designation of the Medical  
Officer consulted and the hospital or  
dispensary to which attached \_\_\_\_\_
- 2) परामर्श की संख्या एवं तारीख तथा प्रत्येक परामर्श के लिये दी गयी फीस की राशि  
The number and dates of consultation  
and the fee paid for each consultation \_\_\_\_\_

3) इंजेक्शन लेने की तारीख एवं उसकी संख्या तथा प्रत्येक इंजेक्शन के लिए दी गयी फीस की राशि  
The number and dates of injection and the fee paid for each injection

4) क्या परामर्श एवं/या इंजेक्शन अस्पताल में, चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के आवास में दिए गये  
whether consultations and/or injections were had at the hospital, at the consulting room of the Medical Officer or at the residence of the patient.

ख. चिकित्सीय निदान के दौरान पैथोलॉजी, जीवाण्विक, विकिरणकीय या अन्य इसी प्रकार के परीक्षण का प्रभार  
Charges for Pathological, Bacteriological, Radiological or other similar tests undertaken during diagnosis indicating

1. अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां उपरोक्त परीक्षण किये गये, एवं  
Name of the hospital or laboratory at which undertaken; and

2. क्या प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के परामर्श से परीक्षण कराये गये। यदि हां तो इस संबंध में प्रमाणपत्र संलग्न करें।  
Whether the tests were undertaken on the advice of the Authorized Medical Attendant. If so, a certificate to that effect should be attached

बाजार से खरीदी गयी औषधियों का मूल्य (कैश मेमो और आवश्यकता प्रमाणपत्र संलग्न किया जाना चाहिए)  
Cost of Medicines purchased from the market (Cash memos and the Essentiality Certificates should be attached)

## II. विशेषज्ञ से परामर्श / Consultation with Specialist -

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के अलावा किसी विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी को दिया गया शुल्क, निम्नलिखित का उल्लेख करें -  
Fees paid to a Specialist or a Medical Officer other than the Authorized Medical Attendant, indicating -

क) विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का नाम एवं पदनाम जिससे परामर्श लिया गया एवं वे किस अस्पताल से संलग्न हैं

a) The name and designation of the Specialist or Medical Officer consulted and the hospital to which attached

ख) परामर्शों की संख्या एवं तारीख तथा प्रत्येक परामर्श के लिये ली गई फीस

b) The number and dates of consultation and the fees charged for each consultation

ग) क्या परामर्श, अस्पताल में, विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के आवास पर किया गया था एवं

c.) 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 से विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से परामर्श किया गया एवं क्या राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी से पूर्व अनुमोदन लिया गया था, यदि हां तो प्रमाणपत्र संलग्न करें

d) 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  
Total Amount Claimed रु.Rs. \_\_\_\_\_
- 10 लिया गया अग्रिम (कुल राशि में से घटया जाना है )  
Less Advance taken on रु.Rs. \_\_\_\_\_
- 11 निबल दावा राशि  
Net amount claimed रु.Rs. \_\_\_\_\_
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 हैं 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.

दिनांक Date: \_\_\_\_\_

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

नोट : चिकित्सा व्यय के प्रतिपूर्ति दावों को 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 'क'/CERTIFICATE 'A'

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

(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)

यह प्रमाणपत्र, \_\_\_\_\_ में नियुक्त श्री \_\_\_\_\_ की पत्नी/पुत्र/पुत्री/श्रीमती/श्री/कुमारी \_\_\_\_\_ को दिया ।

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

Mr. ....employed in the.....

में डॉ. \_\_\_\_\_ एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ

I, Dr. .... hereby certify-

### भाग - 'क' PART-'A'

- (क) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष में/रोगी के निवास स्थान पर \_\_\_\_\_ हेतु दिनांक \_\_\_\_\_ (तारीख लिखें) को दिये परामर्श के लिये रु. \_\_\_\_\_ की राशि चार्ज की एवं प्राप्त की ;
- (a) that I charged and received Rs. .... for ..... consultations on ..... (dates to be given) at my consulting room/ at the residence of the patient;
- (ख) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष में/रोगी के निवास स्थान पर \_\_\_\_\_ (तारीख लिखें) को इन्ट्राविनस/इन्ट्रामस्क्युलर/सबक्युटेनियस इंजेक्शन देने के लिए रु. \_\_\_\_\_ की राशि चार्ज की एवं प्राप्त की ;
- (b) that I charged and received Rs.....for administering ..... intravenous/ intramuscular/ subcutaneous injections on..... (dates to be given) at my consulting room/the residence of the patient;
- (ग) कि दिये गये इंजेक्शन, रोग प्रतिरक्षण या रोगनिरोधी प्रयोजन के लिये नहीं थे/थे ;
- (c) that the injections administered were not/ were for immunizing or prophylactic purposes; .....
- (घ) कि रोगी इलाज के लिए \_\_\_\_\_ में रहा है और कि इस संबंध में मेरे द्वारा नुस्खों में दी गई । निम्नलिखित औषधियाँ रोगी की हालत में सुधार लाने के लिए/गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य थीं । ये औषधियाँ \_\_\_\_\_ अस्पताल में प्राइवेट रोगियों को

(अस्पताल का नाम )

दने के लिए स्टॉक में नहीं रखी जाती और ये स्वत्वाधिकार की मर्दे नहीं हैं जिनके लिए समान चिकित्सा मूल्यवाली सस्ती औषधियाँ उपलब्ध हैं तथा न ही वे मूलतः खाद्य, श्रृंगार सामग्री अथवा निसंक्रमक मर्दे हैं ।

- (d) 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

मूल्य Price

- |         |       |
|---------|-------|
| 1. .... | ..... |
| 2. .... | ..... |
| 3. .... | ..... |
| 4. .... | ..... |

- (च) कि रोगी \_\_\_\_\_ बीमारी से पीड़ित है/था एवं दिनांक \_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_ तक मेरे उपचार के अंतर्गत है/था ।

- (e) that the patient is/ was suffering from .....and is / was under my treatment form ..... to .....

- (छ) कि रोगी को प्रसूति पूर्व या प्रसूति के बाद उपचार नहीं दिया गया ;  
(f) that the patient is/ was not given pre-natal or post-natal treatment;
- (ज) कि एक्सरे, प्रयोगशाला परीक्षण इत्यादि जिनके लिये रु. \_\_\_\_\_ का व्यय किया गया, वह आवश्यक था एवं उन्हें मेरी सलाह के अनुसार \_\_\_\_\_ (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम) में किया गया ।  
(g) that the X-ray, laboratory test, etc., for which an expenditure of Rs..... was incurred was necessary and were undertaken on my advice at ..... (name of the hospital or laboratory);
- (झ) कि मैंने रोगी को डॉ. \_\_\_\_\_ के पास विशेषज्ञ परामर्श के लिये भेजा एवं इसके लिये नियमों के अंतर्गत यथावश्यक \_\_\_\_\_ (राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) से अनुमोदन लिया गया;  
(h) that I referred the patient to 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;
- (ट) कि रोगी को अस्पताल में भर्ती करने की आवश्यकता थी/नहीं थी  
(i) that the patient did not require/ required hospitalization.

Dated.....

एमए के हस्ताक्षर/ चिकित्सा अधिकारी का नाम एवं पदनाम  
अस्पताल/ औषधालय जिससे वे जुड़े हैं दिनांक  
Signature of AMA/ Designation of the Medical Officer  
and hospital/Dispensary to which attached

नोट - जो प्रमाणपत्र लागू नहीं है उसे काट दें। प्रमाणपत्र (च) अनिवार्य है एवं सभी मामलों में इसे चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाए ।  
N.B- Certificates not applicable should be struck off. Certificate (e) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.