

केन्द्रीय सरकारी कर्मचारियों तथा उनके परिवार की डाक्टरी परिचर्या और / या इलाज पर हुए डाक्टरी खर्चों वापसी का दवा करने का आवेदन - पर
Form of applications for claiming refund of medical expenses incurred in connection with Medical attendance and / or treatment of Central Government servants and their families

ध्यान दीजिए - हर रोगी के लिए अलग फार्म भरा जाना चाहिए / N.B. - Separate form should be used for each patient

1. सरकारी कर्मचारी का नाम और पद (ब्लॉक अक्षरों में)
Name and designation of the Government Servant (in block letters)
(i) विवाहित / अविवाहित / Whether Married / Unmarried
(ii) अगर विवाहित हो तो पत्नी / पत्नी का कार्यालय का पता
If married the Place where Wife / Husband is employed
2. किस कार्यालय में काम कर रहा है / Office in which employed.
3. आधारभूत नियमों में वेतन की दी गई परिभाषा के अनुसार सरकारी कर्मचारी का वेतन, यदि अन्य कोई उपलब्धियाँ हैं तो उन्हें अलग में दिखाया जाना चाहिए / Pay of the Government servant as defined in the Fundamental Rules and any other emoluments which should be shown separately.
4. नाकरी का स्थान / Place of duty.
5. निवास का वास्तविक पता / Actual residential address.
6. रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी से उसका / उसकी संबंध
Name of the patient and his / her relationship to the Government servant.
ध्यान दीजिए - यदि बच्चा बच्चा हो तो उसकी उम्र भी लिखनी जाए / N.B. - In the case of children state age also.
7. रोगी किस स्थान पर बिमार पड़ा / Place at which the patient fell ill.
8. दावे की रकम का व्यौरा / Details of the amount claimed -
 - I. डाक्टरी परिचर्या / MEDICAL ATTENDANCE -
 - (i) निम्नलिखित बातों का निर्देश करते हुए परामर्श की फीस / Fees for consultation Indicating -
 - (क) जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श लिया गया है, उसका नाम और पद तथा उस अस्पताल या औषधालय का नाम जिससे वह अधिकारी संबद्ध है
 - (a) the name and designation of the medical officer consulted and the hospital or dispensary to which attached.
 - (ख) कितनी बार और किस-किस तारीखों को परामर्श लिया गया और हर परामर्श के लिए कितनी फीस दी गई है।
 - (b) the number and dates of consultations and fees paid for each consultation.
 - (ग) कितना मुद्रण किन किन तारीखों को लगी और हर मुद्रण के लिए कितनी फीस देनी पड़ी।
 - (c) the number and dates of injections and the fee paid for each Injection.
 - (घ) क्या परामर्श और / या मुद्रण अस्पताल में ही गई या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर।
 - (d) Whether consultation and / or Injections were held at the hospital, at the consulting room of the medical officer or at the residence of the patient.
 - (ii) रोग का निदान करते समय किए गए विकृत-बैक्टीरियल, जिवानु-बैक्टीरियल, विकिरण-बैक्टीरियल और ऐसे ही दूसरे परिक्षण का खर्च लिखिए और निम्नलिखित बातें बतलाए -
Charges for pathological, bacteriological, radiological or other similar test undertaken during diagnosis indicating -
 - (क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ परिक्षण हुए और
 - (d) the name of the hospital or laboratory where the tests were undertaken during diagnosis indicating -
 - (ख) क्या वे परिक्षण प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की मलाह पर हुए, यदि हाँ तो उसका प्रमाण-पत्र इसके साथ लगाए।
 - (b) whether the tests were undertaken on the advice of the authorised medical attendant, if so, a certificate to that effect should be attached.
 - (ग) बाजार से खरीदी गई दवाओं का मूल्य
 - (c) costs of medicines purchased from the market (दवाओं की सूची, नकद-पत्र और अत्यावश्यकता प्रमाण-पत्र साथ लगाए)
(List of medicines, cash memos & the essentiality certificates should be attached.)
 - II. अस्पताली इलाज / HOSPITAL TREATMENT -

अस्पताल का नाम / Name of the hospital
अस्पताली इलाज के खर्च निम्नलिखित रूपों का अलग-अलग निर्देश कीजिए -
Charges for Hospital treatment Indicating separately the charges for -

 - (i) आवास का / Accommodation
(यह लिखें कि क्या आवास सरकारी कर्मचारी के वर्तमान वेतन या भत्ते के अनुरूप ही था यदि नहीं तो इस आशय का एक प्रमाण-पत्र दें कि जिस प्रकार के आवास के लिए सरकारी कर्मचारी हकदार था यह अपलब्ध नहीं था।)
(State whether it was according to the status or pay of the Government servant and in cases where 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) सुराक / Diet
 - (iii) शल्यक्रिया या डाक्टरी इलाज या परिरोध
Surgical operating or medical treatment or confinement.

- (iv) चिकित्सा-वैज्ञानिक विश्वास्य वैज्ञानिक, चिकित्सा वैज्ञानिक या अन्य परीक्षण पर नाम भी बतलाई जाए।
Pathological, bacteriological, radiological or other similar test indicating -
- (अ) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जिनसे परीक्षण हुए।
(a) the name of the hospital or laboratory at which tests undertaken.
(ब) क्या ये परीक्षण कार्यकारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह से अस्पताल में हुए ? यदि हाँ तो इस आदेश का प्रमाण-पत्र साथ लगाए।
(b) Whether tests 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.
(न) दवाएँ - Medicines
(न) विशेष दवाएँ - Special medicines
(दवाओं की सूची नकद पत्र और अत्यावश्यकता प्रमाणपत्र में लगाए।)
(List of medicines, cash memos and the essentiality certificate should be attached)
- (vii) साधारण उपचार / Ordinary nursing
- (viii) विशेष उपचार वाली रोगी के लिए विशेष रूप से नाम लगाई गई। यह लिखें कि जो और नाम लगाई गई उनके लिए अस्पताल में इनके कार्यकारी चिकित्सा अधिकारी ने सलाह दी थी या परकारी कर्मचारी चिकित्सा या रोगी की प्रार्थना पर नियुक्त की गई। पहले वाली स्थिति होने पर कार्यकारी चिकित्सा अधिकारी का प्रमाण-पत्र साथ में लगाया जाना चाहिए जिस पर चिकित्सा-अधिकृत के प्रतिहस्ताक्षर भी हों।
Special nursing i.e. nurses specially engaged for the patient. State whether they were employed on the advice of the medical officer-in-charge of the case at the hospital or the request of the Government servant or patient. In the former case a certificate from the medical officer-in-charge of the case countersigned by the medical Superintendent of the hospital should be attached.
- (ix) एम्बुलेंस चार्ज (कहाँ से कहाँ तक यात्रा की गई यह लिखें)
Ambulance charge (State the journey - to and from undertaking)
- (x) और दूसरे खर्च वाली विवरणों की रोगी को देना होता है, वातायुक्त आदि के खर्च। यह भी लिखें कि वे सुविधाएँ साधारण सभी रोगियों को दी जाती हैं और रोगी की विशेष दुष्प्रकार कोई चीज नहीं दी गई।
Any other charges e.g. charges of electric light, fan, heater, air-conditioning etc. State also whether the facilities normally provided to all patients and no choice was left to the patient.

(टिप्पणियाँ : 1. यदि भारत पत्रों से या चिकित्सा परिषदों नियमावली 1938 के नियम 3 (क) 3 आक दि (केंद्री) आक स्टेटस सर्विस (एच. ए. ए. 1938) के अनुसार या केन्द्रीय सेवा (चिकित्सा परिषदों) नियमावली 1944 के नियम 3 के (क) 3 आक दि. सी. एम.) (एच. ए.) एच. 1944 के अनुसार यदि दवाज सरकारी कर्मचारी के निवास स्थान पर ही हुआ हो तो उक्त विवरण दें और इन विवरणों के अन्तर्गत अर्थात् चिकित्सा परिषदों का प्रमाण-पत्र साथ लगाए।

- Notes : 1. If the treatment was received by the Government servant at his residence under rule 3 of the secretary of States Service (M.A.) Rule 1938 or rule of the C.S. (M.A.) Rule 1944 give particulars of such treatment and attach a certificate from the authorised medical attendant as required by these rules.
2. यदि एम्बुलेंस चार्ज अस्पताल के भ्रमण किया और जहाँ हुआ है तो उसका आवश्यक विवरण दें और प्राधिकृत चिकित्सा-परिचारक का दम आदेश की प्रमाण-पत्र दें कि अपेक्षित दवाज की व्यवस्था किसी निश्चित सरकारी अस्पताल में नहीं हो सकती थी।
3. If treatment was received at a hospital other than a Government Hospital necessary details and the certificate of the authorised medical attendant that the requisite treatment was not available in any nearest Government Hospital should be furnished.

III. विशेषज्ञ से परामर्श / CONSULTATION WITH SPECIALIST -

प्राधिकृत-चिकित्सा-परिचारक के अतिरिक्त किसी और विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का परामर्श लेने के लिए दी गई फीस और सीधे किसी चार्ज बतलाई जाए।
Fees paid to a specialist or a medical officer other than the authorised medical attendant indicating -

- (क) उन विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का नाम जिसका परामर्श लिया गया है और वह विशेषज्ञ या चिकित्सा-अधिकारी किस अस्पताल से सम्बंधित है।
(a) The name and designation of the specialist or medical officer consulted and the hospital to which attached.
(ख) किन-किन तारीखों को परामर्श लिया गया और हर परामर्श के लिए कितनी फीस दी गई।
(b) Number and dates of consultation and the fees charged for each consultation.
(ग) क्या परामर्श विशेषज्ञ या चिकित्सा-अधिकारी के परामर्श कक्ष में लिया गया था, अस्पताल में अथवा रोगी के निवास पर।
(g) Whether consultation was held at the hospital, at the consulting room of the specialist or medical officer or at the residence of the patient.
(घ) क्या विशेषज्ञ या चिकित्सा-अधिकारी की सलाह प्राधिकृत चिकित्सा-परिचारक की राय से ली गई थी और क्या प्राप्त के मुख्य-प्रशासनिक-चिकित्सा-अधिकारी की पूर्व स्वीकृति इसके लिए प्राप्त कर ली गई थी। यदि हाँ तो इसके लिए प्रमाण-पत्र लगाए।
(घ) Whether the specialist or medical officer was consulted on the advice of the authorised 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 कितनी धनराशि का दावा है / Total amount claimed ₹ / Rs.
10. को लिया गया अग्रिम धन व्ययकर / Less advance taken on ₹ / Rs.
11. दावे की कुल रकम / Net amount claimed ₹ / Rs.
12. संलग्न पत्रों की सूची / List of enclosures -

इस घोषणा पर सरकारी कर्मचारी हस्ताक्षर करें / DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT
में घोषित करता हूँ कि इस प्रार्थना पत्र में दिया गया वधान मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार ठीक है और यदि के उपर चिकित्सा व्यय किए गए हैं, वह पूर्णतः मेरे ऊपर आश्रित 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 dependent upon me.

तारीख / Date

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर और कार्यालय जिसमें सब कार्य एक साथ हैं।
Signature of the Government Servant and Office to which attached

CERTIFICATE 'B'

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

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss -----son/daughter/wife/father/mother of----- employed in the Central Institute for Research on Cotton Technology, Matunga, Mumbai

I, Dr. -----(name of doctor) hereby certify-/

(a) that the patient was admitted to hospital on the advice of Dr. ----- (name of Medical officer)/on my advice;

(b) that the patient has been under treatment at -----(name of hospital) 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 were 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;**

Sr. No	Quantity Purchased	Name of Medicines	Cost of Medicines Rs. P.

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

(d) that the patient is / was suffering from ----- and is / was under treatment from ----- to -----

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

(f) that I called on Dr------(name of doctor) for specialize 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.

Signature and Designation of the

Part-B

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

Signature of the Medical Officer
in charge of the case at the hospital

Countersigned
Medical Superintendent
Hospital

* I certify that the patient has been under treatment at the -----
----- (name of hospital) and that the facilities provided were the
minimum which were essential for the patient's treatment.

Place :

Medical Superintendent
----- Hospital

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

* 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. *