

FORM OF APPLICATION FOR CLAIMING RESUME OF MEDICAL EXPENSES
INCURRED IN CONNECTION WITH MEDICAL ATTENDANCE AND / OR
TREATMENT OF CENTRAL GOVERNMENT SERVANTS AND THEIR FAMILIES.

केन्द्रीय सरकारी कर्मचारियों तथा उनके परिवार की डॉक्टरी
परिचर्या और / या इलाज पर हुये डॉक्टरी खर्चों की वापसी
का दावा करने का आवेदन पत्र

N.B. Separate Form Should be Used For Each Patient.

ध्यान दिजिये हर रोगी के लिये अलग से फार्म भरा जाना चाहिये।

- (1) Name and designation of the Govt. servant. (in Block letters.)
- (1) सरकारी कर्मचारी का नाम और पद (बड़े अक्षरों में)।
- (1) Whether married or unmarried. (क) विवाहित या अविवाहित
- (2) If married the place where wife/ husband is employed.
- (2) विवाहित होने की दशा में पति / पत्नि के सेवा नियुक्ति का स्थान।
- (2) Office in which employed. (ख) कार्यालय का नाम
- (3) Pay of the Govt. servant as defined in the Fundamental Rules and any other emoluments which should be shown separately.
- (3) आधारभूत नियमों में वेतन की दी गई परिभाषा के अनुसार सरकारी कर्मचारी का वेतन यदि कोई अन्य उपलब्धियाँ हों तो उन्हें अलग से दिखाया जाना चाहिए।
- (4) Place of duty. (4) नौकरी का स्थान
- (5) Actual residential address. (5) निवास का वास्तविक पता।
- (6) Name of patient and his/ her relationship to the Govt. Servant.
- (6) रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी से उसका सम्बन्ध।

N.B. in the case of children state age also.

ध्यान दीजिए यदि बीमार बच्चा हो तो उसकी उम्र भी लिखी जावे।

- (7) Place at which the patient fell ill.
- (7) रोगी किस स्थान पर बीमार पड़ा।
- (8) Details of the amount claimed.
- (8) दावे की रकम का ब्यौरा।

Medical attendance
डॉक्टरी परिचर्या।

- (i) Fees for consultation indicating.
- (1) निम्नलिखित बातों का निर्देश करते हुए परामर्श की फीस।
- (a) The name, qualification and designation of the medical officer consulted and the hospital or dispensary which attached.
- (अ) जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श लिया गया है। उसका नाम और पद तथा उस अस्पताल या औषधालय का नाम जिससे वह अधिकारी सम्बद्ध है।

N.B.
ध्यान दीजिए

(2)

- (b) The number and dates of consultations and the fee paid for each consultation.
(ब) कितनी बार और किस तारीख को परामर्श लिया गया और हर परामर्श के लिये कितनी - कितनी फीस दी गई।
- (c) The number and dates of injections and the fee paid for each consultation.
(स) कितनी सुईयां कौन - कौन तारीखों को लगीं और हर सुई के लिये कितनी फीस देनी पड़ी।
- (d) The number and dates of consultations and the fee paid for each consultation.
(द) क्या परामर्श और सुईयां अस्पताल में ली गई थीं या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर।
- (ii) Charges for pathological, bacteriological, radiological or other similar testes under taken during diagnosis indicating.
(2) रोग का निदान करते समय किए गए विकृत, वैज्ञानिक, जीवाणु वैज्ञानिक, विकिरण वैज्ञानिक और ऐसे ही दूसरे परिक्षण का खर्च लिखिये और निम्नलिखित बातें बतलाइये।
- (a) The name of the hospital or laboratory where the tests were under taken and.
(अ) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ परीक्षण हुए और।
- (b) Whether the tests were under taken on the advice of the authorised medical attendant. If so a certificate to that effect should be attached.
(ब) क्या वे परिक्षण प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह पर हुए यदि हाँ तो उसका प्रमाण - पत्र इसके साथ लगावें।
- (iii) Costs of medicines purchased from the market.
(3) बाजार से खरीदी गई दवाओं का मूल्य।
- (9) Total amount claimed Rs.
कुल कितनी धनराशी का दावा है। रु०
- (10) List of enclosures & -
संलग्न पत्रों की सूची -

DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT

इस घोषणा पर सरकारी कर्मचारी हस्ताक्षर करें।

I hereby declare that the statement in the application are true to the best of my knowledge and belief and person for whom medical expenses were incurred is wholly dependant upon me.

मैं घोषित करता हूँ कि इस प्रार्थना-पत्र में दिया गया बयान मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार ठीक है और जिस व्यक्ति के ऊपर चिकित्सा व्यय किए गए हैं वह पूर्णतः मेरे ऊपर आश्रित है।

Date
दिनांक

Signature of Government Servant and office to which attached
सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर और कार्यालय जिसमें वह काम कर रहा है।

(3)

CERTIFICATE (A)

प्रमाण - पत्र (अ)

(To be completed in the case of patients who are not admitted to the hospital for treatment)
(उन रोगियों के मामले में भरा जाये जिन्हें इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती न किया गया हो।)

Certificate granted to Shri/Smt/Kum.....
Wife/Son/Daughter/of Shri..... employed in the office
of the

श्री / श्रीमति / कुमारी / पत्नि / पुत्र / पुत्री
को दिया गया प्रमाण - पत्र।

I Dr hereby certify.
मैं डॉ इसके द्वारा प्रमाणित करता हूँ।

(a) That I charged and received Rs. (Rs. only)
for Consultation on.....
(Date to be given) at my consulting room/at the
residence of the Patient.

(अ) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष में / रोगी के निवास स्थान पर
(तारीखें दी जावें) को परामर्श के लिए रुपये
..... प्रभारित किये और प्राप्त किए।

(b) That I charged and received Rs. (Rs. only)
for administering Intravenous / Intra muscular / subcutaneous
Injection at my consulting
room/at the residence of the Patient.

(ब) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष में / रोगी के निवास स्थान पर
(तारीखें दी जावें) की अन्तःपेशी / शिशस्थन्तर/ त्वचीय
इन्जेक्शन देने के लिए रूपए प्रभारित किये और प्राप्त किए।

(c) That the injection administered were not for immunising or prophylactic purposes,

(ग) कि दिए गए इन्जेक्शन रोगक्षमता या रोग निरोध के लिए थे/नहीं थे।

(d) That the patient has been under treatment at
hospital / my consulting room 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
hospital for supply to private patients and do not include preparations, such as primarily foods,
toilets or disinfectants.

(द) कि रोगी का इलाज अस्पताल में मेरे परामर्श कक्ष में हुआ और इस सम्बन्ध में
मेरे द्वारा नुस्खे में दी गई निम्नलिखित औषधि रोगी की हालत ठीक करने / गम्भीर रूप से खराब होने के रोकने के लिए अनिवार्य
थी। ये औषधियाँ अस्पताल में प्राइवेट रोगियों को देने के लिए स्टॉक
नहीं की जाती और उनमें वे पेटेंट (एकायकत) रोग शामिल नहीं हैं जिनके लिए समान चिकित्सा मान के सस्ते द्रव्य उपलब्ध हैं / नहीं
हैं ये मूलतः खाद्य, श्रुंगार सामग्री एवं निःसंक्रामक हैं।

NAME OF MEDICINES

S.N. स.क्र.	Name of quantity (In Block Letters) औषधियों के नाम और मात्रा (बड़े अक्षरों में)	Price		S.N. स.क्र.	Name of quantity (In Block Letters) औषधियों के नाम और मात्रा (बड़े अक्षरों में)	Price	
		Rs. रु.	Ps. पै.			Rs. रु.	Ps. पै.

- (a) That the patient is / was suffering from TO
and is / was **UNDER MY TREATMENT FROM** से पीड़ित है/ था और
कि रोगी
से तक मेरे इलाज में हैं / था।
- (f) That the patient / is / was not given prenatal or postnatal treatment.....
कि रोगी के जन्म के पूर्व अथवा जन्मोत्तर चिकित्सा नहीं की गई है / थी
- (g) That the x-ray , laboratory test etc. date for which the expenditure
of Rs. was incurred were necessary and were under taken on my advice at
the which is a Govt. Hospital Laboratory.
कि जिन एक्सरे प्रयोगशाला जाँच आदि के लिए रुपये खर्च किए गए हैं / थे वे आवश्यक
थे और मेरी सलाह से लिए गए हैं / थे।
प्रयोगशाला का नाम
- (h) That I referred the patient to Dr.....
specialist / M.O. in Government employment in the
for specialist consultation and that the necessary approval of the
as required under the rules was obtained vide his memo letter No.....
dated.
कि मैंने रोगी को विशेष परामर्श के लिए डॉ.
के पास भेजा था और (राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम)
नियमों के अनुसार यथापेक्षित आवश्यक अनुमोदन पत्र क्रमांक से दिनांक
के तहत प्राप्त किया गया था।
- (i) that the patient did not require hospitalisation
Required
(कि रोगी को अस्पताल में रखना आवश्यक नहीं / आवश्यक था)

Dated

दिनांक

Signature and Designation of the Medical Officer and
the Hospital Dispensary to which attached
चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पद नाम तथा अस्पताल,
चिकित्सालय का नाम जिससे यह सम्बद्ध है।

This is to certify to that Dr..... Assistant Surgeon/ Medical
officer attached to Hospital was consulted by the patient
on my advice and consultation was essential for speedy recovery of the patient
यह प्रमाणित किया जाता है कि रोगी ने मेरी सलाह पर डॉ. के शल्य चिकित्सक/चिकित्सा
अधिकारी से परामर्श लिया जो कि अस्पताल से सम्बद्ध है, परामर्श रोगी के शीघ्र
स्वास्थ्य लाभ के लिए आवश्यक था।

Dated

दिनांक

Signature and Designation of the Medical Officer and
the Hospital Dispensary to which attached
चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पद नाम तथा अस्पताल जिससे यह सम्बद्ध है।

LAKSHMIBAI NATIONAL INSTITUTE OF PHYSICAL EDUCATION, GWALIOR
(Deemed University)

लक्ष्मीबाई राष्ट्रीय शारीरिक शिक्षा संस्थान, ग्वालियर
(सम विश्वविद्यालय)

LIST OF MEDICINES
औषधियों की सूची

- (1) Name and designation
नाम और पद
- (2) Actual residential address :
निवास का सही पता
- (3) Name of the Patient and relationship :
रोगी का नाम तथा सम्बन्ध
- (4) Name of illness and duration (period of treatment in case of TB Patient)
बीमारी की प्रकृति तथा दिनांक यक्ष्मा पीड़ित रोगियों के प्रकरण में सेवा की अवधि
- (5) Where treated
चिकित्सा कहां हुई
- (6) Medical officer of the case (Name of the authorised Medical Attendant)
प्रकरण का चिकित्सा अधिकारी (प्राधिकृत चिकित्सा परिचालक का नाम)
- (7) Medicines Recommended in the Essentiality Certificate
अपरिहारता प्रमाण-पत्र में अनुशंसा की गई औषधियां

S.N. स.क्र.	Name of Medical Store औषधि भण्डार का नाम	Cash Memo No. & Date नगदी पर्चा आपूर्ति का क्र. व दि.	Date of Supply औषधि प्रदाय का दिनांक	Name of Medicines औषधियों के नाम	Qty. मात्रा	Amount Rs. राशि रु. पै.

- (8) Other charges (1) Consultation fee :
अन्य व्यय परामर्श शुल्क
- (2) Injection fee :
इन्जेक्शन लगाई शुल्क
- (3) Other charges :
अन्य व्यय

(9) Total amount claimed
दावा की गई कुल राशि

(10) Signature of employee
शासकीय कर्मचारी के हस्ताक्षर

(11) Amount disallowed with reasons
अस्वीकृत राशि उनके कारणों सहित

(12) Net amount passed
पारित निवस राशि

(13) Charge Cost of Medicines & Dressings
औषधियों एवं ड्रेसिंग के मद में डालें

(14) Passed for payment of Rs.....(Rupees).....
.....(only)
भुगतान के लिए पारित राशि रू..... (रूपये.....
..... केवल)

D.D.O.
डी.डी.ओ.

(15) Pay Rs.....P.....
भुगतान करें रूपये.....पै.....

Vice Chancellor
कुलपति

(16) Paid by..... Cash for Rs.....
चैक नं. के द्वारा भुगतान किया गया.....नगद रूपये.....

D.D.O.
डी.डी.ओ.

CERTIFICATE "B"

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

Certificate granted to Mr./Mrs./Miss _____

Wife/Son/Daughter of Mr. _____

Employed in the _____

PART-A

(To be signed by the Medical Officer-in-Charge of the _____
_____ case of the hospital)

I, Dr. _____ hereby certify:-

- (a) That the patient was admitted to hospital on the advice of/on my advice _____ (Name of Medical Officer).

- (b) That the patient has been under treatment _____ at _____ and that the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery / prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicine 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.

NAME OF MEDICINES

PRICE

1.
2.
3.
4.

- (c) That the injections administered were not for humunising or prophylactic purpose.
- (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)

(2)

- (f) 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.

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

PART-B

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.

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 _____ 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.