

चिकित्सा प्रतिपूर्ति-पत्रक (MEDICAL REIUMBURSEMENT FORM)

कर्मचारियों तथा उनके परिवार की चिकित्सा परिचर्या और / या इलाज पर हुए चिकित्सा व्यय के दावे की प्रतिपूर्ति का आवेदन प्रपत्र (प्रत्येक रोगी के लिए अलग प्रपत्र भरा जाना चाहिए)

1. कर्मचारी का नाम व पद
2. कार्यालय का नाम
3. मूल वेतन की दी गई परिभाषा के अनुसार कर्मचारी का वेतन (यदि अन्य कोई परिलब्धियाँ हों तो उन्हें अलग से दर्शाया जाना चाहिये।)
4. नौकरी का स्थान
5. निवास का वास्तविक पता
6. रोगी का नाम एवं कर्मचारी से उसका सम्बन्ध (टीप-यदि बीमार बच्चा हो तो उसकी उम्र भी लिखी जाय)
7. रोगी किस स्थान पर बीमार पड़ा
8. बीमारी का नाम एवं उसकी अवधि
9. दावे की रकम का ब्यौरा

डाक्टरी परिचर्या (MEDICAL ATTENDANCE)

(क) निम्नलिखित बातों का निर्देश करते हुए परामर्श शुल्क :-

- (i) उस चिकित्साधिकारी का नाम व पद जिससे परामर्श लिया गया तथा चिकित्सालय/औषधालय का नाम।
- (ii) कितनी बार और किस-किस तारीख को परामर्श लिया गया तथा हर परामर्श के लिये कितनी-कितनी फीस दी गई।
- (iii) परामर्श कहाँ लिया गया ? चिकित्साधिकारी के चिकित्सालय में / निजी परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर।

(ख) रोग निदान करते समय किये गये विकृति-वैज्ञानिक, (Pathological) जीवाणु-वैज्ञानिक (Bacteriological) विकिरण-वैज्ञानिक (Radiological) और ऐसे ही दूसरे परीक्षण का खर्च लिखिये और निम्नलिखित जानकारी दें :-

- (i) उस चिकित्सालय या प्रयोगशाला का नाम जहाँ उक्त परीक्षण हुए, और
- (ii) क्या वे परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह पर हुए, यदि हाँ तो उसका प्रमाण-पत्र संलग्न करें।
- (iii) बाजार से खरीदी गई दवाओं का मूल्य दवाओं की सूची, नकद-पत्र व अत्यावश्यकता प्रमाण-पत्र संलग्न करें।

चिकित्सालयीन उपचार (HOSPITAL TREATMENT)

चिकित्सालयीन उपचार में हुए खर्च का उल्लेख निम्नानुसार अलग से करें :-

- (क) आवास (Accommodation)
(यह लिखें कि क्या वह कर्मचारी के वर्तमान वेतन या हैसियत के अनुरूप ही था ? नहीं तो इस आशय का एक प्रमाण-पत्र दें कि जिस प्रकार के आवास के लिए कर्मचारी हकदार था वह उपलब्ध नहीं था।)
- (ख) खुराक (Diet)
- (ग) शल्य-क्रिया या डॉक्टरी इलाज
- (घ) विकृति-वैज्ञानिक, जीवाणु-वैज्ञानिक, विकिरण-वैज्ञानिक या इसी तरह के अन्य परीक्षणों का उल्लेख करें एवं बतायें कि -
- (i) उस चिकित्सालय या प्रयोगशाला का नाम जिसमें उक्त परीक्षण हुए।
- (ii) क्या वे परीक्षण कार्यभारी चिकित्साधिकारी (Medical Officer In-Charge) की सलाह से अस्पताल में हुए ? यदि हाँ तो इस आशय का प्रमाण-पत्र संलग्न करें।
- (ङ) दवायें (Medicines)
- (च) विशेष दवायें (दवाओं की सूची, नकद-पत्र और उसकी अत्यावश्यकता का प्रमाण-पत्र भी संलग्न करें।)
- (छ) साधारण उपचर्या (Ordinary Nursing)
- (ज) विशेष उपचर्या (Special nursing) के लिये अर्थात् क्या रोगी के लिये विशेष रूप से नर्सें लगाई गयी ? यदि "हाँ" तो सूचित करें कि :-
- (i) क्या उसके लिये अस्पताल में उनके कार्यभारी चिकित्सा अधिकारी ने सलाह दी थी ?
या
- (ii) रोगी की प्रार्थना पर नियुक्त की गई।
(पहली स्थिति में रोगी का कार्यभारी चिकित्सा अधिकारी का प्रमाण-पत्र संलग्न करें जो अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित हो।)
- (झ) एम्बुलेंस खर्च (कहाँ से कहाँ तक यात्रा की गई लिखें) और दूसरे खर्च जैसे - बिजली की रोशनी, पंखा, हीटर, वातानुकूल आदि का खर्च यह भी लिखें कि ये सुविधायें साधारणतया सभी रोगियों को दी जाती हैं और रोगी की विशेष इच्छा पर कोई चीज नहीं दी गयी।

टिप्पणी - यदि कर्मचारी ने अपने निवास स्थान पर चिकित्सा कराई हो तो प्रत्येक उपचारक का विवरण दें तथा प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक का प्रमाण-पत्र संलग्न करें।

विशेषज्ञ से परामर्श (CONSULTATION WITH SPECIALIST)

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के अतिरिक्त किसी अन्य विशेषज्ञ या चिकित्साधिकारी से परामर्श लेने के लिए दी गयी फीस एवं निम्नानुसार जानकारी दें :-

- (अ) उस विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का नाम व पद जिससे परामर्श लिया गया है एवं चिकित्सालय का नाम
- (ब) कितनी बार किन-किन तारीखों को परामर्श लिया गया तथा प्रत्येक बार के लिये दी गयी फीस
- (स) क्या परामर्श-विशेषज्ञ या चिकित्साधिकारी के परामर्श कक्ष में लिया गया या अस्पताल में अथवा रोगी के निवास स्थान पर ?
- (द) क्या उक्त विशेषज्ञ या चिकित्साधिकारी से परामर्श लेने हेतु प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक ने सलाह दी थी और क्या प्रान्त के मुख्य प्रशासनिक चिकित्साधिकारी की पूर्व स्वीकृति इसके लिये प्राप्त कर ली गई थी, यदि हाँ तो तदाशय का प्रमाण-पत्र संलग्न करें
- (10) दावे की कुल रकम रुपये =
- (11) सहपत्रों की सूची -

घोषणा (DECLARATION)

मैं घोषित करता हूँ कि इस आवेदन-पत्र में दिया गया विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य है और जिस व्यक्ति पर चिकित्सा व्यय किये गये हैं, वह पूर्णतः मेरे ऊपर आश्रित है।

दिनांक :

कर्मचारी के हस्ताक्षर
कार्यालय**आवश्यकता प्रमाण-पत्र (ESSENTIALITY CERTIFICATE)**

(देखिये नियम : 8 / 2)

- (अ) ऐसी औषधियों के मामले में जो मेडिकल स्टोर्स डिपो की मूल्य सूची में शामिल नहीं है :-

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी
आत्मज/आत्मजा/पत्नी/श्री जो कि कार्यालय
में सेवा नियुक्त है वे मेरे अधीन उपचार में (बीमारी का नाम) की चिकित्सा हेतु
चिकित्सालय में रहे / रहीं और इस सम्बन्ध में निम्नलिखित औषधियाँ मैंने
लिखीं जो मेडिकल स्टोर्स डिपो की मूल्य सूची में शामिल नहीं है और न ही ये ऐसी वस्तुएँ हैं जो प्रथमतः भोजन सामग्री या रोगाणुनाशी पदार्थ
हों। ये औषधियाँ उपरोक्त मरीज की चिकित्सा के लिये नितांत अनिवार्य थी :-

औषधियों के नाम**मूल्य**

औषधियों के नाम	मूल्य

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के हस्ताक्षर
और पद / अस्पताल में रोगी के प्रभारी
चिकित्साधिकारी के हस्ताक्षर

(ब) ऐसी औषधियों के मामले में, जो मेडिकल स्टोर्स डिपो की मूल्य सूची में शामिल हों :-

मैं प्रमाणित करता हूँ कि श्री / श्रीमती / कुमारी जो कि कार्यालय आत्मज / आत्मजा / पत्नी / श्री जो कि कार्यालय (श्रीमती का नाम) में सेवा नियुक्त है वे मेरे अधीन उपचार में चिकित्सालय में रहे / रही और उस सम्बन्ध में निम्नलिखित औषधियाँ चिकित्सा हेतु चिकित्सालय में रहे / रही और उस सम्बन्ध में निम्नलिखित औषधियाँ मैंने लिखी जो कि मेडिकल स्टोर्स डिपो की मूल्य सूची में शामिल है, और वे चिकित्सालय के औषधि भण्डार में उपलब्ध नहीं है / समाप्त हो चुकी है / उन्होंने इसमें ऐसी औषधियाँ शामिल नहीं की है जो कि अधिस्वामिक / प्रोप्रायटरी / या अन्य प्रकार की कोई भी औषधि नहीं जो कि उपयुक्त मूल्य सूची के बाहर की है और न ही वे ऐसी निर्मित वस्तुयें हैं जो प्रथमतः ख़ाद्य सामग्री या रोगाणुनाशी पदार्थ हैं।

औषधियों के नाम	मेडिकल स्टोर्स मूल्य सूची क्रमांक	मूल्य
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के हस्ताक्षर
और पद / अस्पताल में रोगी के प्रभारी
चिकित्साधिकारी के हस्ताक्षर

(स) इंसुलिन चिकित्सा के मामले में :-

प्रमाणित किया जाता है कि श्री / श्रीमती / कुमारी आत्मज / आत्मजा / पत्नी / श्री जो कि कार्यालय में सेवा नियुक्त है वे मेरे अधीन मधुमेह की चिकित्सा हेतु मेरे चिकित्सालय में रहे / रही तथा चिकित्सालय में इंसुलिन का औषधि निर्देशन श्री द्वारा रोग की प्रारम्भिक अवस्था की चिकित्सा के दौरान किया गया था जिसके लिये दिनांक से दिनांक तक की अवधि में चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति नहीं की गई। रोगी में रोग की जटिलतायें बढ़ गई थी अतः चिकित्सालय आगमन अनिवार्य हो गया था।

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के हस्ताक्षर
और पद / अस्पताल में रोगी के प्रभारी
चिकित्साधिकारी के हस्ताक्षर