

मानक प्रारूप-II (चिकित्सा प्रतिपूर्ति)

विभिन्न विभागों द्वारा राज्य के सरकारी सेवकों/उनके आश्रित सदस्यों की चिकित्सा प्रतिपूर्ति संबंधी प्रस्ताव पर विचार हेतु वांछित सूचना प्रेषित किये जाने हेतु मार्ग-दर्शिका:-

- (1) प्रशासी विभाग का नाम :-
- (2) सरकारी सेवक का नाम एवं पदनाम :-
- (3) सरकारी सेवक स्वयं बीमार नहीं हो, तो सरकारी सेवक के परिवार के बीमार का नाम एवं संबंध :-
- (4) रोग का नाम :-
- (5) चिकित्सा कराये गये सरकारी/अस्पताल/सी0जी0एच0एस0 से मान्यता प्राप्त अस्पताल का नाम :-
- (6) चिकित्सा की अवधि तथा चिकित्सा कराने की प्रकृति
 - (क) अंतर्वासी- कब से कब तक
 - (ख) बहिर्वासी- कब से कब तक
- (7) रेफर करने वाले अस्पताल/चिकित्सा संस्थान का नाम :-
- (8) राज्य के बाहर चिकित्सा कराये जाने संबंधी सक्षम प्राधिकार की अनुशंसा है या नहीं :-
- (9) यदि नहीं प्राप्त है, तो सक्षम प्राधिकार द्वारा चिकित्सा की घटनोत्तर स्वीकृति की अनुमति प्राप्त है या नहीं?
- (10) राज्य के बाहर सक्षम चिकित्सा प्राधिकार द्वारा रेफर मान्यता प्राप्त अस्पताल में ईलाज कराया गया है या उससे अलग।
- (11) यदि अलग कराया गया है तो उसका कारण एवं घटनोत्तर स्वीकृति।
- (12) क्या रोगी हृदय रोग से ग्रसित हैं।
- (13) क्या हृदय रोग से ग्रसित हैं तो हृदय में लगाये गये उपकरण का नाम:-
- (14) डिस्चार्ज समरी का मूल या अभिप्रमाणित प्रमाण-पत्र:-
- (15) अधीक्षक, पी0एम0सी0एच0/सिविल सर्जन, पटना द्वारा विपत्र की प्रतिहस्ताक्षरित प्रति है या नहीं:-
- (16) यदि है तो कितनी राशि की अनुशंसा है:-
- (17) हॉस्पिटल द्वारा अनुशंसित राशि:-
- (18) क्रय किये गये औषधियों/जांच से संबंधित अभिश्रव/विपत्र संबंधित संस्थान के चिकित्सक के द्वारा मुहर के साथ प्रतिहस्ताक्षरित है या नहीं :-
- (19) प्रतिपूर्ति प्रमाण-पत्र अस्पताल/संस्थान के अधीक्षक/निदेशक द्वारा मुहर के साथ प्रतिहस्ताक्षरित है या नहीं :-
- (20) विपत्रों की जाँच किस दर पर की गई है, स्पष्ट उल्लेखित रहे :-
- (21) संचिका के पत्राचार भाग पर रक्षित Medical Vouchers एवं अन्य कागजातों का पृष्ठांकन क्रमवार हो :-
- (22) चिकित्सा प्रतिपूर्ति के प्रस्ताव पर विभागीय प्रधान सचिव/सचिव का अनुमोदन प्राप्त है या नहीं :-

उप सचिव या उसके ऊपर के
पदाधिकारी का हस्ताक्षर।

विवरण

मानक प्रारूप-1

समेकित व्यय विवरणी

Sl. No.	Vouchers No.	Vouchers date	Amount	Page No.
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
Total.				

उप सचिव या उसके ऊपर के
पदाधिकारी का हस्ताक्षर।

चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रमाण पत्र

- (1) सरकारी सेवक का नाम/पदनाम एवं कार्यालय/विभाग का नाम :-
- (2) रोगी का नाम एवं सरकारी सेवक से संबंध :-
- (3) रोग/बीमारी का नाम :-
- (4) चिकित्सा कराये गये सरकारी /सीओजीओएचओएसओ से मान्यता प्राप्त/अन्य अस्पताल का नाम:-
- (5) चिकित्सा की अवधि तथा चिकित्सा कराने की प्रकृति :-
 - (क) अंतर्वासि चिकित्सा :-दिनांक-.....से दिनांक-.....तक
 - (ख) बहिर्वासि चिकित्सा :-दिनांक-.....से दिनांक-.....तक
- (6) राज्य के बाहर चिकित्सा कराने हेतु सक्षम प्राधिकार की अनुरासा है या नहीं, संस्थान/पद नाम :-
- (7) सक्षम प्राधिकार द्वारा चिकित्सा कराने की स्वीकृति (अनुमति)/घटनोत्तर स्वीकृति प्राप्ता है या नहीं :-
- (8) चिकित्सा में हुए कुल व्यय राशि :-

चिकित्सारत संस्थान के
अधीक्षक/निदेशक का हस्ताक्षर एवं मुहर

सरकारी सेवक के नियंत्री पदाधिकारी
का हस्ताक्षर एवं मुहर