

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 /सी0जी0एच0एस0 से मान्यता प्राप्त/अन्य अस्पताल का नाम:-
- (5) चिकित्सा की अवधि तथा चिकित्सा कराने की प्रकृति :-
- (क) अंतर्वासी चिकित्सा :-दिनांक-.....से दिनांक-.....तक
- (ख) बहिर्वासी चिकित्सा :-दिनांक-.....से दिनांक-.....तक
- (6) राज्य के बाहर चिकित्सा कराने हेतु सक्षम प्राधिकार की अनुशंसा है या नहीं, संस्थान/पद नाम :-
- (7) सक्षम प्राधिकार द्वारा चिकित्सा कराने की स्वीकृति (अनुमति)/घटनोत्तर स्वीकृति प्राप्त 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

संज्ञित

चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति दावा हेतु जाँच पत्र।

क्रमांक	जाँच पत्र	संचारित स्थिति (हाँ/नहीं)	अभ्युक्ति
1	2	3	5
1.	चिकित्सा राज्य से बाहर करायी गयी हो तो विभागीय संकल्प संख्या-1070(14), दिनांक-20.05.2006 की कड़िका-3(iv) में निहित प्रावधानानुसार पूर्वानुमति संबंधी आदेश की मूल प्रति संलग्न है।		
2.	राज्य से बाहर बिना पूर्वानुमति के चिकित्सा करायी गयी है तो नियंत्री पदाधिकारी स्पष्ट रूप से उल्लेखित करें की राज्य से बाहर बाध्यकारी परिस्थिति में चिकित्सा करायी गयी है या नहीं। यदि हाँ, तो घटनोत्तर स्वीकृति का स्पष्ट प्रस्ताव कारण साक्ष्य सहित नियंत्री पदाधिकारी द्वारा उल्लेख करते हुए संलग्न किया गया है।		
3.	विभागीय परिपत्र संख्या संख्या-997(14) दिनांक-28.08.2015 द्वारा लागू विहित चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रमाण-पत्र की सभी प्रविष्टियाँ विधिवत् अंकित करते हुए निर्धारित स्थान पर हस्ताक्षर एवं मुहर (पदनाम सहित) अंकित है।		
4.	विपत्र मूल रूप में हो, जिस पर संबंधित चिकित्सार्थ संस्थान के चिकित्सा पदाधिकारी का हस्ताक्षर एवं मुहर (पदनाम सहित) अंकित है या नहीं।		
5.	चिकित्सा पूर्जा की मूल/अभिप्रमाणित प्रति संलग्न हो।		
6.	अंतर्वासी रोगी के मामले में डिस्चार्ज समरी मूल रूप में हो। जिस पर संबंधित चिकित्सा संस्थान के चिकित्सा पदाधिकारी का हस्ताक्षर एवं मुहर (पदनाम सहित) अंकित है या नहीं।		
7.	अभिभ्रवों के विवरणी की स्व-अभिप्रमाणित प्रति संलग्न है।		
8.	आश्रित होने की स्थिति में प्रथम श्रेणी दण्डाधिकारी स्तर से निर्गत शपथ-पत्र की मूल प्रति, जिसमें यह स्पष्ट उल्लेख हो कि आश्रित का अन्य श्रोतों से कोई आय का साधन नहीं है।		
9.	विभाग द्वारा समय-समय पर निर्गत अन्य परिपत्रों/संकल्पों तथा प्रवृत्त नियमावली के आलोक में भी जाँच कर लिया गया है।		

सरकारी सेवक का हस्ताक्षर

सरकारी सेवक के नियंत्री पदाधिकारी
का हस्ताक्षर/मुहर

विभिन्न विभागों द्वारा राज्य के ~~सर्वोच्च~~ ~~उच्च~~ ~~अधिकांश~~ ~~उच्च~~ को चिकित्सा प्रतिपूर्ति संबंधी प्रस्ताव पर विचार हेतु वाञ्छित सुचना प्रेषित किये जाने हेतु मार्ग-दर्शिका:-

- (1) प्रशासी विभाग का नाम:-
- (2) सरकारी सेवक का नाम एवं पद:-
- (3) सरकारी सेवक स्वयं बीमार नहीं है, तो सरकारी सेवक के परिवार के बीमार का नाम एवं पद:-
- (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 वटनोत्तर स्वीकृति ।
- (12) क्या रोगी हृदय रोग से ग्रसित हैं
- (13) यदि हृदय रोग से ग्रसित हैं तो हृदय में लगाये गये उपकरण का नाम :-
- (14) डिस्चार्ज सम्मरी की मूल या अभिप्रमाणित प्रमाण-पत्र :-
- (15) अधीक्षक, पी0 एम0 सी0 एच0/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) किये गये औषधियों/जांच - संबंधित संस्थान के चिकित्सक के द्वारा मुहर के नहीं :-
- (19) प्रतिपूर्ति प्रमाण-पत्र अस्पताल द्वारा मुहर के साथ प्रतिहस्ताक्षरित है :-
- (20) चिकित्सा प्रतिपूर्ति के प्रस्ताव /सचिव का अनुमोदन प्राप्त है या नहीं :-

उप सचिव या उसके उपर के
पदाधिकारी का हस्ताक्षर ।

समेकित व्यय विवरणी

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