

राज्य के निजी चिकित्सालय/संस्थान में कराये गये जाँच/इलाज की कार्योत्तर  
स्वीकृति दिये जाने हेतु निर्धारित प्रोफार्मा

- (1) शासकीय सेवक का नाम, पदनाम एवं विभाग का नाम जहाँ वे कार्यरत हैं:-  
.....  
.....
- (2) रोगी का नाम एवं शासकीय सेवक से संबंध:-  
.....  
.....
- (3) बीमारी का नाम:-  
.....  
.....
- (4) निजी चिकित्सालय/संस्थान का नाम जहाँ उपचार कराया गया:-  
.....  
.....
- (5) क्या चिकित्सालय को मान्यता प्रदान की गई है:-  
.....  
.....
- (6) उपचार अवधि:- (किस दिनांक से किस दिनांक तक स्पष्ट लिखें)  
.....  
.....
- (7) निजी चिकित्सालय/संस्थान कुल दिवस कराये गये जाँच/इलाज का नाम:-  
.....  
.....
- (8) रेफर करने वाले शासकीय चिकित्सक का नाम, पदनाम एवं पदस्थापना स्थल का नाम जहाँ वे कार्यरत हैं:-  
.....  
.....
- (9) शासकीय चिकित्सक द्वारा किस चिकित्सालय में रेफर किया गया:-  
.....  
.....
- (10) शासकीय सेवक द्वारा उपचार परं हुये व्यय के चिकित्सा देयक अपने नियंत्रण अधिकारी को किस दिनांक..... कितने माह..... पश्चात् प्रस्तुत किये गये हैं।
- (11) रेफर पत्र न होने की स्थिति में उपचार कराये जाने का कारण:-  
.....  
.....
- (12) कराये गये जाँच/उपचार की सुविधा राज्य के शासकीय चिकित्सालयों/मेडिकल कॉलेज में उपलब्ध है अथवा नहीं ?  
.....  
.....

(13) उपचार/जॉच पर हुये व्यय की कुल राशि:- रुपये.....

विवरण	आवेदक द्वारा प्रतिपूर्ति हेतु चांही गई राशी का विवरण	शासन के मान्यता आदेश में निर्धारित पैकेज/प0प्र0चिकित्सा परिचर्या नियम 1958 के तहत प्रतिपूर्ति योग्य राशि की विभागीय अनुसंशा
(1) दवाईयों पर		
(2) जॉचों पर		
(I) पैथालॉजी		
(II) एक्स-रे/यूएसजी/सी.टी. स्केन आदि		
(III) इत्यादि		
(3) सर्जरी पर व्यय		
(I) सर्जन फीस		
(II) एनेस्थेस्टिक फीस		
(III) ओ.टी.चार्ज		
(IV) इत्यादि		
(4) चिकित्सकों की फीस		
(5) कमरे का किराया		
(6) जीवन रक्षक प्रकिया		
(I) ऑक्सीजन		
(II) नेब्युलाईजर		
(III) इत्यादि		
<b>कुल योग</b>		

(14) प्रोफार्मा के साथ निम्न प्रमाण-पत्र अति आवश्यक रूप से संलग्न करें:-

- (1) ऑपरेशन/इलाज/जॉच के मामलों में डिस्चार्ज समरी
- (2) शासकीय चिकित्सकों को निजी चिकित्सालय में इलाज करने हेतु रिफर पत्र
- (3) दवाओं के बिल
- (4) निजी चिकित्सालय का बिल
- (5) माता-पिता के मामलों में आश्रित होने का प्रमाण-पत्र एवं बच्चों के मामलों में निम्न जानकारी:-
  - (I) पैदा होने की तारीख .....
  - (II) पैदा होने की क्रम संख्या .....
  - (III) बच्चों की कुल संख्या .....

:-वचन पत्र:-

मैं यह सहमति देता/देती हूँ कि यदि आकलन में कोई राशि का अंतर पाया जाता है तो मेरा द्वारा उस अंतर की राशि को मेरे द्वारा प्रस्तुत निर्धारित प्रारूप में दी गई राशि में से घटाया जावेगा।

अभ्यार्थी शासकीय सेवक के हस्ताक्षर  
एवं पदनाम

कार्यालय प्रमुख के हस्ताक्षर पदनाम  
मोहर सहित जहाँ अभ्यार्थी कार्यरत है

नोट:- समस्त कॉलमों की पूर्ति आवश्यक रूप से की जावे।

राज्य के बाहर शासकीय / निजी चिकित्सालय में कराये गये उपचार की  
कार्योत्तर स्वीकृति हेतु आवेदन-पत्र

1. आवेदक का नाम, पदनाम : .....
2. विभाग का नाम : .....
3. रोग एवं कराये गये  
उपचार का नाम : .....
4. रोगी का नाम : .....
- शासकीय सेवक से सम्बंध : .....
5. चिकित्सालय का नाम जहाँ : .....
- उपचार कराया गया : .....
6. संस्था क्या शासन से मान्यता  
प्राप्त सूची में है-हाँ/नहीं : .....
7. उपचार किस दिनांक से किस  
दिनांक तक कराया गया है : .....
8. शासकीय सेवक द्वारा उपचार पर हुये व्यय के चिकित्सा देखक अपने  
निर्गन्त्रण अधिकारी को किस दिनांक ..... दिनांक माह पश्चात् .....  
प्रस्तुत किये गये हैं।
9. उपचार पर हुये व्यय का विवरण:-
- (1) कुल क्लेम की गई राशि रु. : .....
- (2) पूर्व में स्वीकृति प्राप्त की गई : .....
- हो तो उसका क्रमांक एवं दिनांक : .....
10. क्लेम का अलग-अलग श्रेणीवार लेखा

क्र.	श्रेणी	बिल क्रमांक / दिनांक	कुल राशि रुपये
1.	दवाईयाँ		
2.	आपरेशन चार्जस, सर्जरी व्यय		
3.	विभिन्न जांच आदि की राशि		
4.	रूम चार्जस पर हुये व्यय का 50 %		
5.	जीवन रक्षक प्रक्रिया आक्सीजन, नेब्युलाईजर इत्यादि		
6.	कुल व्यय रूपये		

11. यदि उपचार गैर मान्यता प्राप्त चिकित्सालय में कराया गया है तो उसका कारण
12. रेफर करने वाले चिकित्सक का नाम, पदनाम
13. वे परिस्थितियां जिनमें उपचार की आवश्यकता हुई थी पूर्व स्वीकृति प्राप्त नहीं की जा सकी
14. प्रोफार्मा के साथ निम्न प्रमाण पत्र आवश्यक रूप से संलग्न करें।  
(सत्प्रापित छायाप्रति)
- (1) आपरेशन/इलाज/जांच के मामलों में डिस्चार्ज समरी  
(2) कराये गये उपचार से सम्बंधित समस्त बिल  
(3) माता-पिता के मामलों में आश्रित होने का प्रमाण पत्र एवं बच्चों के मामलों में निम्न जानकारी :-  
अ- पैदा होने की तारीख  
ब- पैदा होने की क्रम संख्या  
स- बच्चों की कुल संख्या

### वचन-पत्र

मैं यह सहमति देता/देती हूँ कि यदि आकलन में कोई राशि का अंतर पाया जाता है तो मेरे द्वारा उस अंतर की राशि को मेरे द्वारा प्रस्तुत निर्धारित प्रमाण में दी गई राशि में से घटाया जावेगा।

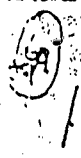
दिनांक: .....

आवेदक के हस्ताक्षर  
नाम एवं पदनाम

### प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि निर्धारित प्रपत्र में उपचार पर किये गये व्यय में उपरोक्त मदों पर हुये व्यय की प्रतिपूर्ति का परीक्षण कर ग.0.5.0 चिकित्सा परेचर्या नियम 1958 में वर्णित प्रायधानों के अनुरूप प्रतिपूर्ति योग्य राशि का ही उल्लेख किया गया है।

कार्यालय प्रमुख के हस्ताक्षर  
पद तथा संज्ञा



FORM NO. 9  
FOLLOW UP MEDICAL CHECK UP FORM

No.....

Dated.....

1. Name of Patient .....
2. S/o, D/o, F/o, H/o, V/o  
relation to Govt. Servant .....
3. Home Address .....
4. Age .....
5. Name of Govt. Servant .....
6. Post Held .....
7. Office Address .....
8. Name of Head Office .....
9. Diagnosis of Disease .....
10. Name of Hosp. where  
(OUT OF STATE) diagnosed .....
11. Treatment given .....
12. Recommendation for  
followup treatment .....
13. Where regular permission  
or ex postfacto permission  
desired. ....
14. Dated for which permission  
for followup treatment  
required with justification .....
15. Nature of followup treatment  
required. ....

Signature of authorised .....  
Medical attendant with seal

Name of specialist out of state .....

16. Dated for which post permission .....  
were granted (Enclosed photocopy  
for ready reference)

Dated	Dispatch No & dated of order	Name of Hospital

17. Hospital stated, dated for .....  
which now permission desired

Name & Signature of .....  
Govt. Servant .....