

आईसीएमआर-राष्ट्रीय मलेरिया अनुसंधान संस्थान
चिकित्सा दावों हेतु आवेदन प्रपत्र
मेडिकल-97

केन्द्र सरकार के कर्मचारियों एवं उनके परिवारों हेतु चिकित्सीय परिचर्या और/या उपचार के संबंध में चिकित्सीय खर्च की वापसी का दावा करने हेतु आवेदन प्रपत्र-प्राधिकृत चिकित्सक एवं अस्पताल में चिकित्सीय परिचर्या/या उपचार हेतु।

1	सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पदनाम (बड़े अक्षरों में)	
	i) क्या विवाहित हैं या अविवाहित	
	ii) यदि विवाहित हैं, तो स्थान जहाँ पत्नी/पति कार्यरत है	
2	कार्यालय जहाँ कार्यरत है	
3	मूल नियमावली में परिभाषित, सरकारी कर्मचारी का वेतनमान एवं अन्य परिलब्धियां अलग से दर्शाई जाए।	
4	ड्यूटी का स्थान	
5	घर का पता	
6	रोगी का नाम और उसका सरकारी कर्मचारी से संबंध। टिप्पणी:- बच्चों की स्थिति में उनकी आयु का विवरण भी दें।	
7	स्थान जहाँ रोगी बीमार हुआ	
8	दावा की गई राशि का ब्यौरा	
I चिकित्सा परिचर्या		
i)	परामर्श हेतु शुल्क जिसमें निम्नलिखित को दर्शाया गया हो	
	क. परामर्श देने वाले चिकित्सा अधिकारी का नाम एवं पदनाम और डिस्पेंसरी या अस्पताल जिससे चिकित्सा अधिकारी संबद्ध है।	:
	ख. परामर्श की तिथियां एवं संख्या और प्रत्येक परामर्श हेतु भुगतान की गई राशि	:
	ग. इंजेक्शन की संख्या एवं तिथियां और प्रत्येक इंजेक्शन हेतु भुगतान की गई राशि	:
	घ. परामर्श और/या इंजेक्शन कहाँ लिए गए थे? अस्पताल में, चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के घर में।	:
		:
ii)	निदान के दौरान विकृति विज्ञानी, जीवाणु विज्ञानी, विकिरण विज्ञानी या अन्य संबंधित जाँच हेतु प्रभार जिसमें निम्नलिखित का विवरण दिया गया हो:- क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ उपचार किया गया	:
	ख) क्या जाँच प्राधिकृत चिकित्सक की सलाह पर की गई? यदि हाँ तो इस संबंध में एक प्रमाणपत्र संलग्न करें।	:
iii)	बाजार से खरीदी गई दवाइयों की लागत (नकद पर्चियां एवं अनिवार्यता प्रमाणपत्र संलग्न किए जाए)	
II) अस्पताल उपचार		
	अस्पताल का नाम	
	अस्पताल उपचार हेतु प्रभार जिसमें निम्नलिखित हेतु अलग से प्रभार दर्शाए गए हों:-	
	i) आवास (बताएं कि क्या अस्पताल में आवास, सरकारी कर्मचारी के स्तर एवं वेतनमान के अनुसार था और ऐसी स्थिति में जहाँ आवास सरकारी कर्मचारी के स्तर से उपर हो, वहाँ इस संबंध में एक प्रमाणपत्र संलग्न किया जाए कि जिस कमरे हेतु सरकारी कर्मचारी हकदा था, वह उपलब्ध नहीं था।	
	ii) आहार	
	iii) शल्य चिकित्सा या चिकित्सा उपचार या प्रसूति	
	iv) निदान के दौरान विकृति विज्ञानी, जीवाणु विज्ञानी, विकिरण विज्ञानी या अन्य संबंधित जाँच हेतु प्रभार जिसमें निम्नलिखित का विवरण दिया गया हो:-	
	क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ उपचार किया गया।	

<p>ख) क्या अस्पताल में रोगी के मामले को देख रहे चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर उपचार शुरू किया गया ? यदि हां तो इस संबंध में एक प्रमाणपत्र संलग्न किया जाए।</p> <p>v) दवाईयां</p> <p>vi) विशेष दवाईयां (नकद पर्चियां और अनिवार्यता प्रमाणपत्र संलग्न करें।</p> <p>vii) साधारण परिचर्या</p> <p>viii) विशेष परिचर्या उदाहरणतः रोगी हेतु विशेष रूप से नियुक्त नर्सों। स्पष्ट करें कि क्या इनकी नियुक्ति अस्पताल में रोगी के मामलों को देख रहे चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर की गई है या सरकारी कर्मचारी या रोगी के अनुरोध पर। पहले मामले में प्रभारी चिकित्सा अधिकारी से प्रमाणपत्र को संलग्न करें जो अस्पताल के अधीक्षक द्वारा प्रति हस्ताक्षरित हो।</p> <p>ix) एम्बुलेंस प्रभारी (कहां से कहां तक की गई यात्रा के संबंध में बताएं)</p>		
<p>टिप्पणी-1. यदि सरकारी कर्मचारी का उपचार घर में किया गया है तो सी.एस. (एम.ए.) नियमावली 1944 के नियम 7 के अधीन ऐसे उपचार के संबंध में विवरण दें और इन नियमों द्वारा अपेक्षित प्राधिकृत चिकित्सक से प्रमाणपत्र संलग्न करें।</p> <p>टिप्पणी-2.- यदि उपचार सरकारी अस्पताल के अलावा किसी अन्य अस्पताल में हुआ है तो इस संबंध में प्राधिकृत चिकित्सक से यह प्रमाणपत्र लेना आवश्यक होगा कि अपेक्षित उपचार किसी निकटतम सरकारी अस्पताल में उपलब्ध नहीं था।</p>		
<p>III) विशेषज्ञ से परामर्श :- प्राधिकृत चिकित्सक के अतिरिक्त किसी विशेषज्ञ या चिकित्सीय अधिकारी को भुगतान की गई राशि में निम्नलिखित को दर्शाया जाए :-</p> <p>क) परामर्श देने वाले विशेषज्ञ या चिकित्सीय अधिकारी का नाम एवं पदनाम एवं अस्पताल जिससे वह संबद्ध हो।</p> <p>ख) परामर्श की संख्या एवं तिथियां तथा प्रत्येक परामर्श हेतु प्रभारित शुल्क।</p> <p>ग) परामर्श कहाँ लिया गया-अस्पताल, विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास स्थान पर।</p> <p>घ) क्या प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से परामर्श लिया गया और इस संबंध में राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी से पूर्व अनुमोदन प्राप्त किया गया? यदि हाँ, तो संबंधित प्रमाणपत्र संलग्न किया जाए।</p>		
9	दावा की गई कुल राशि	
10	दिनांक जब अग्रिम लिया गया	
11	अनुलग्नकों की सूची	

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दी गई जानकारी मेरे ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार बिल्कुल सत्य है और जिस व्यक्ति हेतु चिकित्सीय खर्च किया गया है, वह पूर्ण रूप से मुझ पर आश्रित है।

दिनांक

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर
और कार्यालय जिससे संबद्ध है

