

परिशिष्ट - केंद्रीय सेवाओं के XVIII (मेडिकल अटेंडेंस) नियम

APPENDIX – XVIII OF CENTRAL SERVICES (MEDICAL ATTENDANCE) RULES

चिकित्सा दावों के लिए आवेदन का फॉर्म

FORM OF APPLICATION FOR MEDICAL CLAIMS

मेड. 97/ Med. 97

केन्द्र सरकार के कर्मचारी और उनके परिवारों की चिकित्सा उपस्थिति और/या उपचार के संबंध में किए गए चिकित्सा खर्चों की वापसी का दावा करने के लिए आवेदन का प्रपत्र- चिकित्सा उपस्थिति/उपचार के लिए दोनों एक अधिकृत चिकित्सा परिचर और अस्पताल के रूप में लिए गए।

Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance and/or treatment of Central Government servant and their families – for medical attendance/ treatment taken both form an Authorized Medical Attendant and a Hospital.

1.	सरकारी कर्मचारी का नाम और पदनाम (ब्लॉक पत्र में) Name and designation of Government Servant (In Block Letters)	
	चाहे शादीशुदा हो या अविवाहित (i) Whether married or unmarried	
	यदि विवाहित, वह स्थान जहां पत्नी/पति नौकरी करते हैं (ii) If married, the place where wife/husband is employed	
2.	कार्यालय जिसमें कार्यरत Office in which employed	
3.	सरकारी कर्मचारी का भुगतान मौलिक नियमों और किसी अन्य परिलब्धियों में परिभाषित किया गया है, जिसे अलग से दिखाया जाना चाहिए। Pay of the Government servant as defined in the Fundamental Rules and any other emoluments, which should be shown separately.	
4.	इयूटी का स्थान/ Place of duty	
5.	वास्तविक आवासीय पता Actual residential address	
6.	रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी के लिए उसका संबंध <i>एन.बी.-बच्चों की उम्र के मामले में भी।</i> Name of the patient and his/her relationship to the Government servant <i>N.B.—In the case of children state age also.</i>	
7.	वह स्थान जिस पर रोगी बीमार पड़ गया Place at which the patient fell ill	

8. दावा की गई राशियों का विवरण

Details of the amounts claimed

1. मेडिकल अटेंडेंस/ Medical Attendance

(i) परामर्श के लिए शुल्क का संकेत/ Fees for consultation indicating-

(a) चिकित्सा अधिकारी का नाम और पदनाम परामर्श और अस्पताल या डिस्पेंसरी जिससे जुड़ा हुआ है The name and designation of the Medical Officer consulted and the hospital or dispensary to which attached	
(b) परामर्श की संख्या और तिथियां और प्रत्येक परामर्श के लिए मुफ्त भुगतान the number and dates of consultation and the free paid for each consultation	
(c) इंजेक्शन की संख्या और तिथियां और प्रत्येक इंजेक्शन के लिए मुफ्त भुगतान किया गया The number and dates of injection and the free paid for each injection	
(d) चाहे परामर्श और/या इंजेक्शन जहां अस्पताल में था, चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास पर whether consultation and/or injection where had at the hospital, at the consulting room of the medical officer or at the residence of the patient	

(ii) निदान के दौरान किए गए पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल या इसी तरह के अन्य परीक्षणों के लिए शुल्क -

Charges for Pathological, Bacteriological, Radiological or other similar tests undertaken during diagnosis indicating –

(a) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां शुरू किया गया था; और The name of the hospital or laboratory where undertaken; and	
(b) क्या परीक्षण अधिकृत चिकित्सा परिचर की सलाह पर लिए जा रहे थे। यदि हां, तो उस आशय का प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए Whether the tests were under taken on the advice of the authorized medical attendant. If so, a certificate to that effect should be attached	

(iii) बाजार से खरीदी गई दवाओं की लागत

(केस मेमो और अनिवार्यता प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए)

Cost of medicines purchased from the market

(Case memos and the essentiality certificates should be attached)

II. अस्पताल में इलाज / Hospital Treatment –

अस्पताल का नाम.....

Name of the hospital

अस्पताल में इलाज के लिए शुल्क, अलग से शुल्क का संकेत -

Charges for hospital treatment, indicating separately the charges for -

<p>(i) आवास (राज्य चाहे वह सरकारी कर्मचारी की स्थिति या वेतन के अनुसार था और ऐसे मामलों में जहां आवास सरकारी कर्मचारी की स्थिति से अधिक है, एक प्रमाण पत्र इस आशय से जुड़ा होना चाहिए कि जिस आवास के लिए वह हकदार था वह उपलब्ध नहीं था) Accommodation (State whether it was according to the status or pay of the Government servant and in cases where the accommodation is higher than the status of the Government servant, a certificate should be attached to the effect that the accommodation to which he was entitled was not available)</p>	
<p>(ii) आहार/ Diet</p>	
<p>(i) चिकित्सा उपचार या कारावास का शल्य चिकित्सा ऑपरेशन Surgical operation of medical treatment or confinement</p>	
<p>(ii) पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल रेडियोलॉजिकल या इसी तरह के अन्य परीक्षण, - संकेत - Pathological, bacteriological Radiological or other similar tests, - indicating - (a) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जिस पर शुरू किया गया; और The name of the hospital or laboratory at which undertaken; and (b) क्या अस्पताल में मामले के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर शुरू किया गया। यदि हां, तो उस आशय का प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए - Whether undertaken on the advice of the medical officer in charge of the case at the hospital. If so, a certificate to that effect should be attached -</p>	
<p>(v) दवाओं/ Medicines</p>	
<p>(vi) विशेष दवाएं/ Special medicines (नकद मेमो और अनिवार्यता प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए) (Cash memos and the Essentiality Certificate should be attached)</p>	
<p>(vii) साधारण नर्सिंग/ Ordinary nursing</p>	
<p>(viii) विशेष नर्सिंग यानी नर्सों विशेष रूप से मरीज के लिए लगी हुई हैं। राज्य चाहे वे अस्पताल में मामले के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर नियोजित हैं या सरकारी कर्मचारी या रोगी के अनुरोध पर। पूर्व मामले में एक प्रमाण पत्र के रूप में मामले के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी और अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित संलग्न किया जाना चाहिए Special nursing, i.e., nurses, specially engaged for the patient. State whether they are employed on the advice of the Medical Officer in charge of the case at the hospital or at the request of the Government servant or patient. In the former case a certificate form the Medical Officer in charge of the case and countersigned by the Medical Superintendent of the hospital should be attached</p>	

(ix) एम्बुलेंस शुल्क - (राज्य यात्रा --- और fro - शुरू Ambulance charges - (State the journey --- to and fro - undertaken	
(x) कोई अन्य शुल्क, उदाहरण के लिए, बिजली की रोशनी, पंखा, हीटर, एयर कंडीशनिंग आदि के लिए शुल्क। यह भी राज्य है कि क्या संदर्भित सुविधाएं सामान्य रूप से सभी पेटेंट के लिए प्रदान की जाने वाली सुविधाओं का एक हिस्सा हैं और रोगी के लिए कोई विकल्प नहीं छोड़ा गया था। Any other charges, e.g., charges for electric light, fan, heater, air conditioning, etc. State also whether the facilities referred to are a part of the facilities normally provided to all patents and no choice was left to the patient.	

नोट 1. ----- यदि सीएस (एमए) नियम, 1944 के नियम 7 के तहत सरकारी कर्मचारी को उनके आवास पर उपचार प्राप्त हुआ था, तो ऐसे उपचार का विवरण दें और इन नियमों के अनुसार अधिकृत मेडिकल अटेंडेंट से प्रमाण पत्र संलग्न करें।

Note 1. ----- If the treatment was received by the Government servant at his residence under Rule 7 of the CS (MA) Rules, 1944, give particulars of such treatment and attach a certificate from the Authorized Medical Attendant as required by these rules

नोट 2. ----- यदि सरकारी अस्पताल के अलावा किसी अन्य अस्पताल में उपचार प्राप्त हुआ था, तो आवश्यक विवरण और प्राधिकृत मेडिकल अटेंडेंट का प्रमाण पत्र कि किसी भी नजदीकी सरकारी अस्पताल में अपेक्षित उपचार उपलब्ध नहीं था।

Note 2. ----- If the treatment was received at a hospital other than a government hospital, necessary details and the certificate of the Authorized Medical Attendant that the requisite treatment was not available in any nearest Government hospital should be furnished

III. विशेषज्ञ के साथ परामर्श / Consultation with Specialist –

अधिकृत मेडिकल अटेंडेंट के अलावा विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी को भुगतान की गई फीस, यह दर्शाती है -

Fees paid to Specialist or a Medical Officer other than the Authorized Medical Attendant, indicating –

(a) विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का नाम और पदनाम परामर्श किया गया और जिस अस्पताल से जुड़ा the name and designation of the Specialist or Medical Officer consulted and the hospital to which attached	
(b) परामर्श की संख्या और तिथियां और प्रत्येक परामर्श के लिए शुल्क लिया जाता है number and dates of consultations and the fees charged for each consultation	
(c) चाहे परामर्श अस्पताल में था, विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के निवास पर; और whether consultation had was at the hospital, at the consulting room of the Specialist or Medical Officer or at the residence of the Patient; and	

<p>(d) क्या प्राधिकृत चिकित्सा परिचर की सलाह पर विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से परामर्श किया गया था और राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का पूर्व अनुमोदन प्राप्त किया गया था। यदि हां, तो उस के लिए एक प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए</p> <p>whether the Specialist or Medical Officer was consulted on the advice of the Authorized Medical Attendant and the prior approval of the Chief Administrative Medical Officer of the State was obtained. If so, a certificate to that should be attached</p>	
---	--

9. कुल राशि का दावा किया/ Total amount claimed Rs.
10. कम अग्रिम पर लिया गया / Less advance taken onRs.
11. शुद्ध राशि का दावा किया / Net amount claimed Rs.
12. बाड़ों की सूची / List of enclosures

घोषणा पर हस्ताक्षर किए जाएंगे सरकारी कर्मचारी

DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT

में इसके द्वारा घोषणा करता हूं कि आवेदन में दिए गए बयान मेरे ज्ञान और विश्वास के सर्वोत्तम के लिए सही हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया था वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है।

I hereby declare that the statements in the application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.

*Signature of the Government servant
and Office to which attached*

Date

परिशिष्ट-XIV

APPENDIX-XIV

अनिवार्यता प्रमाण पत्र

प्रमाण पत्र 'ए'

ESSENTIALITY CERTIFICATE CERTIFICATE 'A'

(इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती नहीं होने वाले मरीजों के मामले में पूरा किया जाए)

(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)

श्रीमती/श्रीमती/Miss. _____ wife/पुत्र/पुत्र/Mr. _____ e
employed को दिया गया प्रमाण पत्र इस तरह की घटनाओं को

डॉ/Dr. _____ /hereby

Certificate granted to Mrs./Mrs./Miss. _____ wife/son/daughter of
Mr. _____ employed in the _____
_____.

I, Dr. _____ hereby certify

(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)

Certificate granted to Mrs./Mrs./Miss. _____ wife/son/daughter of
Mr. _____ employed in the _____
_____.

I, Dr. _____ hereby certify

- that I charges and received Rs. _____ for _____ consultation on
_____ (dates to be given) at my consulting room/at the
residence of the patient;
- that I charged and received Rs. _____ for administering _____
_____ intravenous/intra-muscular/subcutaneous injection
on _____ (dates to be given) at _____ my consulting
room/the residence of the patient;
- that the injection administered were not/were for immunising or prophylactic purposes;
- that the patient has been under treatment at _____ hospital/my consulting
room and that the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential
for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines
are not stocked in the _____ (name of hospital) for supply to private patients

and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

Names of medicines	Price
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

- (e) that the patient is/was suffering from _____ and is /was under my treatment from _____ to _____;
- (f) that the patient is/was not given pre-natal or post-natal treatment ;
- (g) that the X-ray, laboratory test etc., for which an expenditure of Rs. _____ was incurred was necessary and were undertaken on my advice at _____ (name of the hospital or laboratory);
- (h) that I referred the patient to Dr. _____ for Specialist consultation and that the necessary approval of the _____ (name of the Chief Administrative Officer of the State) as required under the rules was obtained;
- (i) that the patient did not require/required hospitalisation.

Signature of AMA/Designation of the
Medical Officer and Hospital/
Dispensary to which attached

Dated: _____

ESSENTIALITY CERTIFICATE

CERTIFICATE 'B'

(To be completed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment)

Certificate granted to Mrs./Mrs./Miss. _____ wife/son/daughter of Mr. _____ employed in the _____

PART-A

I, Dr. _____ hereby certify-

- (a) that the patient was admitted to hospital on the advice of _____ (name of the Medical Officer)/on my advice:
- (b) that the patient has been under treatment at _____ and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the _____ (name of the hospital) for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparation which are primarily foods, toilets or disinfectants:

Names of medicines	Price
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

- (c) that the injections administered were/were not for immunizing or prophylactic purposes:
- (d) that the patient is/was suffering from _____ and is/was under treatment from _____ to _____ ;

- (e) that the X-ray, laboratory test etc., for which an expenditure of Rs. _____ was incurred was necessary and were undertaken on my advice at _____ (name of the hospital or laboratory);
- (f) that I called on Dr. _____ for Specialist consultation and that the necessary approval of the _____ (Name of the Chief Administrative Medical Officer of the State) as required under the rules, was obtained.

*Signature and Designation of the Medical
Officer
in charge of the case at the hospital*

PART-B

I certify that the patient has been under treatment at the _____ hospital and that the service of the special nurses for which an expenditure of Rs. _____ was incurred, vide bills and receipts attached, were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

*Signature of the Medical Officer
in charge of the case at the hospital*

COUNTERSIGNED

*I certify that the patient has been under treatment at the _____ hospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patient's treatment.

Medical Superintendent
_____ Hospital

Place:

Note:- Certificates not applicable should be struck off. Certificate (d) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

The 'minimum facilities certificate' may be signed either by the Medical Superintendent of the Hospital concerned or another Gazetted Medical Officer who has been authorized in this behalf by the Medical Superintendent.