

ओपीडी/इनडोर / (OPD/INDOOR)

चिकित्सा दावों के लिए आवेदन के प्रपत्र/ FORM OF APPLICATIONS FOR MEDICAL CLAIMS

Med. 97 and 97-A

मेडिकल 97 और 97 ए

केंद्र सरकार के कर्मचारियों और उनके परिवारों की चिकित्सा परिचर्या और/या उपचार के संबंध में किए गए चिकित्सा व्यय की वापसी का दावा करने के लिए आवेदन का प्रपत्र- अधिकृत चिकित्सा परिचारक और अस्पताल दोनों से लिया गया चिकित्सा परिचर्या/उपचार के लिए/ Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance and/or treatment of Central Government Servants and their families- For medical attendance/treatment taken both from an Authorized Medical Attendant and a Hospital

1.	सरकारी कर्मचारी का नाम एवं पदनाम (स्पष्ट अक्षरों में)/ Name and designation (in BLOCK letters)	:
	क) विवाहित या अविवाहित/ Whether married or unmarried	:
	ख) यदि विवाहित है तो पति/पत्नी के नियोजन का स्थान/ If married, place where spouse is employed	:
2.	कार्यालय जहाँ कार्यरत हैं/ Office in which employed.	आघारकर अनुसंधान संस्थान/ Agharkar Research Institute
3.	मूल नियमावली में यथा परिभाषित सरकारी कर्मचारी का वेतन तथा अलग से दिखाई जाने वाली अन्य परिलब्धियाँ (मूल वेतन+ग्रेड पे)/ Pay of the Govt. Employee as defined in the Fundamental Rules, and any other emoluments which should be shown separately. (Basic Pay + Grade Pay)	:
4.	कार्यस्थल/ Place of duty: <b>ARI, Pune/Hol Farm</b>	
5.	वास्तविक आवास स्थान/ Actual residential address	:
6.	मरीज का नाम एवं उसका सरकारी कर्मचारी से संबंध (बच्चों के मामले में उनकी आयु भी लिखें)/ Name of the patient and his/her relationship with the govt. employee (In case of children, state age also)	:
7.	स्थान जहाँ मरीज बीमार हुआ/ Place at which the patient fell ill	:
8.	दावा की गई राशि का विवरण/ Details of the amount claimed	:
<b>I.</b>	<b>चिकित्सा परिचर्या/ Medical Attendance :-</b>	
i)	उपचार की अवधि/ Period of Treatment:- से/From _____ तक/to _____	
(ii)	निदान (संबंधित डॉक्टर से उचित विवरण लें)/ Diagnosis (take proper description from concerned Doctor)	

(iii)	परामर्श हेतु शुल्क,(विवरण दें)/ Fees for consultation indicating	
	क) परामर्श चिकित्सा अधिकारी का नाम, पदनाम एवं अस्पताल या डिस्पेंसरी जहाँ सम्बद्ध है/ Name & designation of the Medical officer consulted and the hospital or dispensary to which attached.	:
	ख) परामर्श की संख्या एवं तारीख तथा प्रत्येक परामर्श के लिए दी गई शुल्क की राशि/ The number and dates of consultations and the fee paid for each consultation.	तारीख/ Dates : Rs. :
	ग) इंजेक्शन लेने की तारीख एवं उसकी संख्या तथा प्रत्येक इंजेक्शन के लिए दी गई शुल्क की राशि/ The number and dates of injections and the fee paid for each injection.	तारीख/ Dates: Rs. :
	घ) क्या परामर्श एवं/या इंजेक्शन अस्पताल में चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या मरीज के आवास में दिए/ Whether consultation and/or injections were given at the hospital, at the consulting room of the Medical Officer or at the residence of the patient.	:
(iv)	चिकित्सीय निदान के दौरान पैथोलॉजी, जीवाण्विक, विकिरणकीय या अन्य इसी प्रकार के परीक्षण का प्रभार/ Charges for pathological bacteriological, radiological, or other similar tests undertaken during diagnosis indicating	Rs:
	क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ उपर्युक्त परीक्षण किया गया/ The name of the hospital or laboratory where undertaken	:
	ख) क्या प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के परामर्श से परीक्षण कराए गए थे? यदि हाँ, तो इस संबंध में प्रमाणपत्र संलग्न करें/ Whether the tests were undertaken on the advice of authorized medical attendant. If so, a certificate to that effect should be attached.	:
(v)	बाजार से खरीदी गई औषधों का मूल्य (कैश मेमो और आवश्यक प्रमाणपत्र संलग्न किया जाना चाहिए)/ Cost of medicines purchased from the market (Cash memos and essential certificates must be attached.)	Rs. :
<b>II.</b>	<b>अस्पताल में उपचार/ Hospital Treatment:-</b>	
	अस्पताल का नाम/ Name of the Hospital :	:
<b>निम्नलिखित मदों पर हुए व्यय को दर्शाते हुए अस्पताल में उपचार पर हुए व्यय का विवरण/ Charges for hospital treatment, indicating separately the charges for:</b>		
(i)	आवास (क्या यह सरकारी कर्मचारी के स्तर या वेतन के अनुसार था और ऐसे मामलों में, जहाँ आवास का स्तर सरकारी कर्मचारी के स्तर से उच्च स्तर का था, तो इस आशय का एक प्रमाणपत्र संलग्न करना होगा कि उसकी पात्रता के स्तर का आवास 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.)	Rs. :

(ii)	आहार/ Diet	Rs. :
(iii)	सर्जिकल ऑपरेशन या चिकित्सा उपचार या प्रसूति/ Surgical operation or medical treatment or confinement.	:
(iv)	पैथोलॉजिकल, जीवाण्विक, विकिरणकीय या अन्य इसी प्रकार के परीक्षण, जो दर्शाता है-/ Pathological, bacteriological, radiological or other similar tests, indicating	:
	क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ परीक्षण किया गया/ The name of the hospital or laboratory at which undertaken;	:
	ख) क्या अस्पताल में केस के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी से परीक्षण कराया गया। यदि हाँ, तो इस संबंध में प्रमाणपत्र संलग्न करें/ 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.	:
(v)	औषधियाँ/ Medicines	Rs.:
(vi)	विशेष औषधियाँ (कैश मेमो और आवश्यक प्रमाणपत्र संलग्न किया जाना चाहिए)/ Special medicines (cash memos and the essential certificates should be attached.)	:
(vii)	साधारण नर्सिंग/ Ordinary nursing :	Rs. :
(viii)	विशेष नर्सिंग अर्थात् मरीज के लिए विशेष रूप से नर्सों को रखा गया (कृपया बताएँ कि क्या उन्हें अस्पताल में केस प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर सरकारी कर्मचारी या मरीज के निवेदन पर रखा गया है। पहले मामले में केस प्रभारी चिकित्सा अधिकारी से प्राप्त प्रमाणपत्र संलग्न करें जिसपर अस्पताल अधीक्षक का प्रतिहस्ताक्षर किए हुए हों)/ Special nursing, i.e., Nurses specially engaged for the patient. State whether they are employed on the advice of the medical officer I/C of the case at the hospital or at the request of the Government servant or patient. In the former case a certificate from the medical officer I/C of the case and countersigned by the Medical Superintendent of hospital should be attached.	Rs. :
	एम्ब्युलन्स शुल्क (आने-जाने की यात्रा बताएँ)/Ambulance charges (State the journey undertaken -to and fro)	Rs. :
	अन्य कोई शुल्क जैसे कि बिजली की बत्ती, पंखा, हीटर, वातानुकूलन आदि। यह भी बताएँ कि क्या उपर्युक्त सुविधाएँ सामान्यतः सभी मराजों को दी जाने वाली सुविधाओं का ही हिस्सा है एवं मरीज के लिए कोई अन्य विकल्प नहीं 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 patients and no choice was left to the patient.	Rs.
<p>नोट 1: यदि सरकारी कर्मचारी द्वारा सी.एस.(एम.ए) नियम 7 के अन्तर्गत उपचार अपने निवास स्थान पर लिया गया हो तो ऐसे उपचार का विवरण दें और इन नियमों के अन्तर्गत प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक से आवश्यक प्रमाणपत्र संलग्न करें।/ NOTE 1: If the treatment was received by the Govt. Servant at his residence under Rule 7 of the CS(MA) Rules 1944, give particulars of such treatment and attach a certificate from authorized medical attendant as required by these rules.</p>		

<b>III. विशेषज्ञ से परामर्श/ Consultation with Specialist</b>		
प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक के अलावा विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी को भुगतान किया गया शुल्क, जो दर्शाता है- /Fees paid to the Specialist or a Medical Officer other than the authorized medical attendant, indicating -		
	क) जिस विशेषज्ञ/ चिकित्सा अधिकारी से परामर्श किया गया है उसका नाम और पदनाम और वह अस्पताल जिससे संबद्ध है/ Name & designation of the Specialist / Medical Officer consulted and hospital to which attached.	:
	ख) परामर्श की संख्या और तिथि और प्रत्येक परामर्श के लिए लिया गया शुल्क / Number and dates of consultations and the fees charged for each consultation.	:
	ग) क्या परामर्श अस्पताल में, विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या मरीज के आवास पर किया गया था, एवं/ Whether consultation was had at the: hospital, at the consulting room of the Specialist or Medical Officer, or at residence of the patient; and	: तारीख/Dates:  : रु. /Rs.
	घ) क्या प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह से विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से परामर्श किया गया एवं क्या राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी से पूर्व अनुमोदन लिया गया था, यदि हाँ, तो प्रमाणपत्र संलग्न करें।/ Whether the Specialist of the 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 effect should be attached.	:
9.	कुल दावा राशि/ Total amount claimed	रुपये:
10.	कम लिया गया अग्रिम/ Less advance taken	रुपये:
11.	कुल दावा राशि/ Net amount claimed	रुपये:
12.	संलग्नों की सूची: दवा पर्ची, कैश मेमो, आदि/ List of enclosures: Prescriptions, cash memos etc.	कुल:

**घोषणा सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित होनी चाहिए/ DECLARATION TO BE SIGNED  
BY THE GOVERNMENT SERVANT**

मैं एतद् द्वारा व्दारा घोषित करता हूँ कि इस आवेदन में दिया गया विवरण मेरे ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सही है और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह मेरे ऊपर पूर्ण से 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.

**कर्मचारी के हस्ताक्षर एवं कार्यालय जिससे सम्बद्ध हैं/  
Signature of the Government Servant and Office to which attached**

दिनांक/ Date \_\_\_\_\_

अग्रप्रेषित/ FORWARDED:  
(प्रभारी/ IN-CHARGE)

**चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे के लिए जाँच सूची/ CHECKLIST FOR MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM**

क्र. सं.	विवरण/ Particulars	हाँ/नहीं
1.	यदि पति या पत्नी जिसके लिए संस्थान से चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा किया जा रहा है, किसी संगठन/कार्यालय/कंपनी आदि में कार्यरत है, तो संबंधित नियोक्ता से एक पत्र/वचनबद्धता संलग्न करें कि कोई चिकित्सा प्रतिपूर्ति योजना/चिकित्सा बीमा योजना उपलब्ध नहीं है और नहीं करने के लिए वैध कारण अपने कर्मचारियों को चिकित्सा व्यय का समर्थन करना।/ If the spouse for whom medical reimbursement is being claimed from the Institute is employed in any organization/Office/Company etc., enclose a letter/undertaking from the concerned employer that no medical reimbursement Scheme/Medical Insurance scheme is available and valid reasons for not supporting the Medical Expenditure to their staff.	
2.	क्या एएमए या सूचीबद्ध अस्पताल के संबंध में पैनेल सक्रिय है जहाँ उपचार किया जाता है।/ Whether the empanelment is active in respect of AMA or Empaneled Hospital where treatment is taken.	
3.	भर्ती/उपचार के समय अस्पताल के अधिकारियों को मरीजों की पात्रता के बारे में सूचित किया गया है या नहीं, यह सीएसएमए/सीजीएचएस पैकेज दरों के अनुसार है।/ At the time of admission/treatment whether Hospital authorities have been informed regarding Patients entitlement is as per CSMA/CGHS package rates.	
4.	क्या ओपीडी/इनडोर के लिए निर्धारित प्रपत्र भरा गया है (जहां भी लागू हो कृपया टिक करें)/ Whether prescribed form for OPD/INDOOR is filled (Please tick wherever applicable)	
5.	उपचार की अवधि सुनिश्चित करें और उचित कॉलम में निदान के विवरण का उल्लेख करें।/ Ensure Period of treatment and description of diagnosis mentioned at appropriate columns.	
6.	संबंधित कॉलम में सभी विवरण और राशि का उल्लेख करें अर्थात् परामर्श, प्रयोगशाला शुल्क आदि अलग से।/ Mention all the details and amount in respective columns i.e. Consultation, laboratory charges etc. separately.	
7.	निर्धारित दवा के स्थान पर खरीदी गई वैकल्पिक/जेनेरिक दवाओं के मामले में इलाज करने वाले डॉक्टर/एएमए से प्रमाणीकरण प्राप्त किया जाता है।/ In case of alternative/Generic Medicines purchased in place of prescribed medicine, authentication from treating Doctor/ AMA is obtained.	
8.	उपचार की उल्लिखित अवधि के लिए सभी दवा पर्ची, कैश मेमो/रसीदें मूल रूप में संलग्न हैं।/All prescriptions, cash memos/receipts in original for mentioned period of treatment are enclosed	
9.	आपातकालीन प्रवेश के मामले में संबंधित डॉक्टर/एएमए से प्रमाणपत्र संलग्न है।/ Certificate from concerned Doctor/ AMA in case of emergency admission is enclosed	
10.	इनपेशेंट दावों के लिए किए गए पैथोलॉजिकल परीक्षणों का विस्तृत विवरण संलग्न है।/ Detailed description of Pathological tests done for Inpatient claims is enclosed.	
11.	पुष्टि करें कि क्या उपचार की अवधि पूरी हो गई है। निरंतर उपचार के मामले में, दावा उपचार पूरा होने के बाद ही प्रस्तुत किया जाना चाहिए, लेकिन 6 महीने से अधिक नहीं। (टुकड़ों में दावों को जमा करने से बचें) [सीएसएमए नियमों के अनुसार प्रारंभिक उपचार की तारीख से 6 महीने के बाद प्रस्तुत किए गए दावे जब्त किए जाते हैं]।/ Confirm whether the treatment period is completed. In case of continuous treatment, claims to be submitted only after completion of treatment but not beyond 6 months. (Avoid submitting claims in piecemeal) [Claims submitted after 6 months from the date of initial treatment stands forfeited as per CSMA Rules]	
12.	केवल एक एएमए/अस्पताल में लिए गए उपचार के लिए दावा तैयार करें। कई अस्पतालों/एएमए के मामले में अलग-अलग दावे प्रस्तुत किए जाने चाहिए।/ Prepare the claim for treatment taken at one AMA/Hospital only. In case of multiple Hospitals/AMA separate claims to be submitted.	

कर्मचारी के हस्ताक्षर/ Signature of Employee :

पदनाम/Designation: \_\_\_\_\_

समूह/इकाई/Group/Unit: \_\_\_\_\_

दिनांक/Date: \_\_\_\_\_