

APPENDIX – XIII
FORM OF APPLICATIONS FOR MEDICAL CLAIMS

Med.97

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. Name and designation of Government servant (in Block Letters) :
- (i) whether married or unmarried :
- (ii) if married, the place where wife / husband is employed :
2. Office in which employed :
3. Pay of the Government servant as defined in the Fundamental Rules and any other emoluments which should be shown separately. :
4. Place of duty :
5. Actual residential address :
6. Name of the patient and his/her relationship to the Government servant :

N.B. -*In the case of Children state age also.*

7. Place at which the patient fell ill :
8. Details of the amounts claimed :

I Medical Attendance-

- (i) Fees for consultation indicating -
 - a) the name and designation of the Medical Officer consulted and the hospital or dispensary to which attached :
 - b) the number and dates of consultation and the fee paid for each consultation
 - c) the number and dates of injection and the fee paid for each injection :
 - d) whether consultations and or injections were had at the hospital, at the consulting room of the Medical Officer or at the residence of the patient :
- (ii) Charges for Pathological, Bacteriological, Radiological or other similar tests undertaken during diagnosis indicating-
 - a) the name of the hospital or laboratory where undertaken; and :
 - b) whether the tests were undertaken on the advice of the Authorized Medical Attendant. If so, a certificate to the effect should be attached. :
- (iii) Cost of medicines purchased from the **Market** (*Cash memos and the Essentiality Certificates should be attached*)

परिशिष्ट - १३

चिकित्सा दावा हेतु आवेदन प्रपत्र

चिकित्सा - १७

अस्पताल और अधिकृत चिकित्सा सेवक दोनों से लिया गया इलाज/चिकित्सा सहायता हेतु केन्द्रीय सरकार सेवकों और उनके परिवारों के इलाज या/और चिकित्सा सहायता के संबंध में किए गए चिकित्सा खर्चों की वापसी दावे हेतु आवेदन पत्र का प्रपत्र ।

१. सरकारी कर्मचारी का नाम और पदनाम
(बड़े अक्षरों में) :
 - (१) विवाहित या अविवाहित :
 - (२) यदि विवाहित, स्थान जहाँ पत्नी/पति कार्यरत है :
२. कार्यालय जिसमें कार्यरत है :
३. मूलभूत नियमावली में परिभाषित सरकारी सेवक का वेतन और कोई अन्य परिलब्धियाँ जिसे अलग से दिखाया जाना चाहिए :
४. कार्य का स्थान :
५. वास्तविक निवास का पता :
६. रोगी का नाम और उसका सरकारी सेवक से संबंध :
एन. बी. - बच्चों को संबंध में आयु भी बताई जाए
७. स्थान जहाँ पर रोगी बीमार पड़ा
८. दावित राशि का विवरण
 - (१) संपर्क हेतु शुल्क सूचित करते हुए
 - (अ) संपर्क किए गए चिकित्सा अधिकारी का नाम और पद और अस्पताल या दवाखाना जिससे संबद्ध है
 - (ब) सम्पर्क की तारीखें और संख्या तथा प्रत्येक संपर्क हेतु दिया गया शुल्क
 - (सी) सुई की तारीखें और संख्या और प्रत्येक सुई हेतु दिया गया शुल्क
 - (डी) सम्पर्क और या सुइयों अस्पताल चिकित्सा अधिकारी के सम्पर्क कक्ष में या रोगी के घर पर ली गई थीं ।
 - (२) डायग्नोसिस के दौरान किए गए अन्य समान परीक्षण अथवा रोग विज्ञात संबंधी जीवाणु संबंधी विकिरण विज्ञात हेतु प्रभारों को सूचित करते हुए
 - (अ) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ परीक्षण किए गए, और
 - (ब) क्या परीक्षण अधिकृत चिकित्सा सेवक की सलाह पर किए गए थे । यदि हाँ तो प्रभाव का प्रमाणपत्र संलग्न किया जाना चाहिए
 - (३) बाजार से खरीदी गई दवाइयों की कीमत (कैश मैमो और आवश्यक प्रमाणपत्र संलग्न होने चाहिए)

II Hospital Treatment

Name of the hospital :

Charges for hospital treatment, indicating separately the charges for-

- (i) 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 has entitled was not available) :
- (ii) Diet :
- (iii) Surgical operation or medical treatment or confinement
- (iv) Pathological, Bacteriological, Radiological or other similar tests, indicating- :
 - a) the name of the hospital or laboratory at which undertaken; and :
 - b) 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) Medicines :
- (vi) Special medicines :
(Cash memos and the Essentiality Certificates should be attached)
- (vii) Ordinary nursing
- (viii) 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 from the Medical Officer in charge of the case and countersigned by the Medical Superintendent of the hospital should be attached :
- (ix) Ambulance charges- :
(State the journey- to and fro undertaken)
- (x) 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 :

२) अस्पताल उपचार

अस्पताल का नाम

अस्पताल उपचार हेतु प्रभार अलग से प्रभार सूचित करते हुए

- (१) स्थान (क्या यह सरकारी कर्मचारी के वतेन या पद के अनुसार या और क्या सरकारी कर्मचारी के पद से उच्चतर आवास के मामलों में प्रमाणपत्र संलग्न किया जाना चाहिए कि जिस स्थान का वह प्राधिकृत है, वह उपलब्ध नहीं था।
- (२) खुराक
- (३) सर्जिकल ऑपरेशन या चिकित्सा उपचार या कैद
- (४) रोग विज्ञान संबंधी, जीवाणुसंबंधी विकिरण विज्ञान या अन्य समान परीक्षण सूचित करते हुए
 - (अ) अस्पताल या प्रयोगशाला जिस पर परीक्षण किए गए का नाम और
 - (ब) क्या परीक्षण अस्पताल में मामले के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर किए गए यदि हाँ तो उस प्रभाव का प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए।
- (५) दवाइयाँ
- (६) विशेष दवाइयाँ
(कैश मैमो और आवश्यक प्रमाण पत्र संलग्न किया जाए)
- (७) सामान्य परिचर्या
- (८) विशेष परिचर्या, अर्थात् परिचारिकाएँ विशेष रूप से रोगी के लिए लगाई गई, बताएँ कि वे अस्पताल में मामले के प्रभारी अधिकारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर या सरकारी कर्मचारी या रोगी के अनुरोध पर लगाई गई थी पहले मामले में मामले के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी से प्रमाणपत्र और अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा प्रति हस्ताक्षरित संलग्न किया जाना चाहिए।
- (९) एम्बुलेंस प्रभार
(यात्रा आना-जाना बताया जाए)
- (१०) अन्य कोई प्रभार अर्थात् विद्युत लैंप, फैन, हीटर, एयर कंडीशनिंग आदि के प्रभार। यह भी बताएँ कि संदर्भित सुविधाएँ सामान्य रूप से सभी रोगियों को दी जानेवाली सुविधाओं का हिस्सा हैं तथा रोगी की इच्छानुसार नहीं दी गई थी

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.

NOTE 2.- Deleted vide G.I.,M.H.,O.M.No.S. 14025/35/2007- MS, dated the 1st / 17th October, 2007.

III Consultation with Specialist-

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

- a) the name and designation of the Specialist or Medical Officer consulted and the hospital to which attached :
- b) number and dates of consultations and the fees charged for each consultation. :
- c) whether consultation was had at the hospital, at the consulting room of the 'specialist or Medical Officer or at the residence of the patient; and :
- d) 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 effect should be attached :

- 9. Total amount claimed
- 10. Less advance taken on :
- 11. Net amount claimed :
- 12. List of enclosures :

DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT

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.

Date.....

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

टिप्पणी १ : यदि उपचार सीएस (एमए) नियमावली १९४४ के नियम ७ के अन्तर्गत सरकारी सेवक द्वारा अपने निवास पर लिया गया था तो ऐसे उपचार का विवरण दें और इन नियमों द्वारा अपेक्षित, अधिकृत चिकित्सा सहायक (सेवक) से प्रमाणपत्र लेकर संलग्न करें।

टिप्पणी २ : (हटा दिया) डिलिटेड वाइड जी. आई. एम. एच. ओ. एम. एनओ. एस. १४०२५/३५/२००७ - एम एस, दि. १/१७ अक्टूबर, २००७

३) विशेषज्ञ से सम्पर्क (सलाह)

अधिकृत चिकित्सा सेवक के अतिरिक्त चिकित्सा अधिकारी या विशेषज्ञ को दिया गया शुल्क को सचित करते हुए -

- (ए) विशेषज्ञ या संपर्क किए गए चिकित्सा अधिकारी का नाम और पदनाम तथा अस्पताल जिससे संबद्ध हो
- (बी) संपर्कों की तारीखों और संख्या तथा प्रत्येक संपर्क हेतु प्रभारित शुल्क
- (सी) क्या संपर्क अस्पताल में, विशेषज्ञ के संपर्क कक्ष में या चिकित्सा अधिकारी या रोगी के आवास पर किया गया था और
- (डी) राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी के पूर्व अनुमोदन और अधिकृत चिकित्सा सेवक की सलाह पर विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से संपर्क किया गया था, यदि हाँ तो उस प्रभाव का एक प्रमाणपत्र संलग्न किया जाए

९. कुल दावित राशि

१०. लिया गया अग्रिम घटाएँ

११. शुद्ध दावित राशि

१२. अनुलग्नकों की सूची

सरकारी सेवक द्वारा हस्ताक्षरित घोषणा

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि आवेदन पत्र में विवरण मेरे सर्वोत्तमज्ञान एवं विश्वास से सत्य है तथा व्यक्ति जिसके लिए चिकित्सा व्यय किए गए थे, पूरी तरह से मुझ पर आश्रित है।

दिनांक

सरकारी सेवक का हस्ताक्षर तथा कार्यालय