



योजना एवं वास्तुकला विद्यालय, भोपाल
SCHOOL OF PLANNING AND ARCHITECTURE, BHOPAL

FA-15

स्थानीय चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु प्रपत्र / Form for claiming refund of domiciliary medical expenses

व्यक्तिगत जानकारी / Personal Details:

1	कर्मचारी का नाम एवं पद / Name and Designation of Employee	
2	वेतनमान / Pay in the Pay Band and AGP/Grade Pay	
3	आवासीय पता / Residential Address	
4	1. रोगी का नाम / Name of the Patient 2. आयु एवं कर्मचारी से संबंध / Age & Relation with employee	
5	क्या मरीज कर्मचारी पर पूरी तरह निर्भर है / Whether patient fully dependent on employee	

चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रमाणित जानकारी / Details to be certified by the medical officer:

1	परामर्श शुल्क (बिल/पावती संलग्न करें) / Consultation fee (Bill/Receipt is to be attached)	1 2 3 4 कुल / Total	
2	क्लीनिक से दी गई दवाइयों की कीमत / Value of Medicine from clinic		
3	क्लीनिक से इंजेक्शन / Injections from Clinic: अंतः शिरा / Intra venous _____ अंतःपेशीय / Intra Muscular _____ अल्पचोय / Sub-cutaneous _____	प्रबंध चार्ज / Administering Charge	दवा की लागत / Cost of Medicine
4	पैथोलॉजी शुल्क / Pathology Charges टेस्ट का नाम / Name of Test 1 2 3 4 प्रमाण पत्र / बिल / प्राप्तियाँ प्रस्तुत किया जाना है Certificates/Bills/Receipts to be furnished	कुल / Total:	
5	बाजार से क्रय की गई दवायें / Medicines from the market दवाइयों के नाम राशि Name of Medicine Amount कुल / Total: (यदि आवश्यक हो तो सेप्रेट शीट का प्रयोग करें, दवा के पर्चे एवं नगदी रशीद डॉ. द्वारा हस्ताक्षरित स्टॉप के साथ सेप्रेट शीट में होनी चाहिए) (use separate sheet if necessary, prescriptions and cash memos duly signed and stamped by the doctor to be furnished separately)	कुल दावा की गई राशि / Total Claim amt.	स्वीकार्य योग्य राशि / Admissible Amount

मैं डॉ. (नाम के साथ उच्च योग्यता) यह प्रमाणित करता हूँ कि:

अ. श्री/श्रीमती/सुश्रीरोग से ग्रसित थे।

एवं उनके द्वारा दिनांक से तक मेरे अधीन उपचार कराया गया है।

ब. मेरे द्वारा रूपये परामर्श/इंजेक्शन/दवाईयों की लागत का दावा कर राशि प्राप्त कर ली गई है।

स. एकसरे, प्रयोगशाला परीक्षण व अन्य के लिये रूपये जो खर्च किये गए थे, का परीक्षण आवश्यक था।

द. इंजेक्शन निवारण या रोगनिरोधी नहीं थे।

ई. प्रयोगशाला परीक्षण इंजेक्शन एवं दवाईयाँ मेरे द्वारा परामर्श की गई हैं, जो ऊपर उल्लेखित हैं जो रोगी के इलाज हेतु आवश्यक थी और औषधि की तैयारी जिसके लिये सामान्य चिकित्सीय मूल्य के पदार्थ उपलब्ध है जो मुख्य रूप से भोजन, प्रसाधन या कीटाणूनाशक है, शामिल नहीं है।

फ. मैंने रोगी को डॉ. (योग्यता के साथ) विशेषज्ञ परामर्श के लिये भेजा है।

I Dr. _____ (Name with highest qualification) hereby certify that:

a. Mr/Mrs/Ms _____ was suffering from _____ and was under my treatment from _____ to _____.

b. I charged and received Rs. _____ towards consultation/administering injection/cost of medicine.

c. The X-ray, Laboratory tests etc for which an expenditure of Rs. _____ was incurred, were necessary.

d. The injections administered were not for immunizing or prophylactic purpose.

e. The laboratory tests, injections and the medicines prescribed by me, as stated above, were essential for the recovery of the patient and do not include proprietary preparation for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily food, toiletry or disinfectants.

f. I referred the patient to Dr. _____ (with qualification) for specialist consultation.

(चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर योग्यता एवं पंजीयन क्र. सहित)

(Signature of the Medical Officer with qualification and Reg.No.)

कर्मचारी द्वारा प्रमाणित / Certificate by the Employee

मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त लिखित जानकारी सत्य है एवं किसी भी प्रकार की त्रुटि पाये जाने पर अनुशासनिक कार्यवाही के लिये मैं स्वयं जिम्मेदार रहूँगा। / I _____ hereby certify that the details furnished above are true, and if found to be false at any time, I shall be liable to disciplinary action.

दिनांक / Date:

कर्मचारी के हस्ताक्षर / Signature of the Employee

कार्यालय प्रयोग हेतु / For Office Use Only

दावा राशि का भुगतान / Claim passed for payment of ₹/-(₹.....)

कार्य सहायक
Dealing Assistant

अनुभाग अधिकारी
Section Officer

उपकुलसचिव
Dy. Registrar

कुलसचिव
Registrar