

चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु चेक लिस्ट

क्र०	मद	अभ्युक्ति
1—	चिकित्सा प्रारम्भ होने के 30 दिन के अन्दर विभाग को सूचित किया गया है अथवा नहीं?	
2—	चिकित्सा समाप्त होने के 3 माह के अन्दर दावा प्रस्तुत किया गया है?	
3—	अनिवार्यता प्रमाणपत्र चिकित्सक द्वारा प्रमाणित हैं?	
4—	बिल बाउचर्स चिकित्सक द्वारा प्रमाणित हैं?	
5—	प्रारूप—क (परिवार का विवरण) सक्षम अधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित हैं अथवा नहीं? ये प्रपत्र भरकर कार्यालयाध्यक्ष को देना होगा तदोपरान्त कार्यालयाध्यक्ष द्वारा हस्ताक्षर कर के आपको वापस मिलेगा।	प्रतिहस्ताक्षरित है / नहीं
6—	प्रारूप—ग संलग्न है?	
7—	बिल बाउचर्स में सम्बन्धित कार्मिक का नाम तथा सूची से योग का मिलान कर लिया गया है?	
8—	बिल बाउचर्स के योग का अनिवार्यता प्रमाणपत्र से मिलान कर लिया गया है?	
9—	अनिवार्यता प्रमाणपत्र किस प्रकार का है (भर्ती अथवा गैर भर्ती)?	भर्ती / गैर भर्ती / दोनों
10—	आकस्मिकता सम्बन्धित चिकित्सक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित है या नहीं?	प्रतिहस्ताक्षरित है / नहीं

## ESSENTIALITY CERTIFICATE CERTIFICATE - 'B'

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

Certificated granted to Mrs./Mr./Miss \_\_\_\_\_  
wife/son/daughter of Mr. /Mrs. /Miss \_\_\_\_\_  
employed in \_\_\_\_\_

### PART-A

(To be signed by the Medical Officer- in charge/HOD of the case at the hospital)

I ..... here by certify:-

(a) That the patient was admitted to hospital on my advice/advice of .....  
..... (name of the medical officer)

(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 recover/prevention of serious deterioration in the condition of the  
patient.

The medicines are not stocked in the .....for supply to private  
patients and do the not include proprietary preparation for which cheaper substance of equal therapeutic  
value are available, nor preparations which are primary foods, toilets.

No.	Name of Medicines	Price

(c) That the injections administered were not for immunising of prophylactic purpose.

(d) That the patient is/was suffering from .....  
and is/was under my treatment from ..... to .....

(e) That the X-rays laboratory tests etc. for which an expenditure Rs. ....  
was incurred were necessary and were under taken on my advice at .....

(f) That I referred in Dr. .... for specialist consultation and that the necessary  
approval of the .....

(Sign. of Chief Admin.)  
(डा० की मोहर/हस्ताक्षर)

..... as required under the rules medical officer of the state obtained.

## PART-B

I certify that the patient has been under treatment at the .....  
.....hospital and that the services of the special nurses for  
which an expenditure of Rs..... was incurred vide bill and receipts attached were essential for the  
recovery/ preventions of serious deteriorations in the condition of the patient.

(Signature of the Medical Officer)

अस्पताल की मोहर/ह0

## 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 patients treatment.

Place-

Date.....

Medical superintendent & seal

सी0एम0ओ0 के हस्ताक्षर/मोहर

N.B. Certificates not applicable should be certificate (a) is compulsory and may be by the Medical Officer in  
all cases.

### ESSENTIALITY CERTIFICATE

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

#### CERTIFICATE 'A'

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

1. I, Dr..... hereby certify:-

(a) That I charged/received Rs. .... for.....  
consultations on ..... (date to be given) at my consulting  
room/ at the residence of the patient.

(b) That I charged and received Rs. .... for administering  
..... intramuscular injection/subcutaneous on .....  
(date to be given) at my consulting room/ at the residence of the patient.

(c) That the injections administered were for/were not for immunizing or prophylactic  
purpose.

(d) That the patient has been under treatment at.....  
..... hospital/ my consulting room 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 Hospital) for supply to  
private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of  
equal therapeutic value are available for preparations, which are primarily foods, toilets or  
disinfections.

S.N.	Name of Medicines	Price
1.		
2.		

(e) That the patient is/was suffering from .....  
and is/was under my treatment from ..... to .....

(f) That the Patient is/ was not given prenatal or postnatal treatment.

(g) That the X-Ray, laboratory test etc. for which an expenditure of Rs. ....  
was incurred were necessary and were undertaken on my advice at .....

(Name of 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 Medical Officer of the state) as required under the rules was obtained.

(h) That the Patient did not require/ required under the rules for hospitalization.

(i) That the patient did not required hospitalization.

Date: \_\_\_\_\_

Signature & Designation  
of the Medical Officer  
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 and expenditure of Rs. .... was incurred vide bill and receipts  
attached, were essential for the recovery/ prevention of serious deter-oration in the condition  
of the patient.

Signature & Designation  
of the Medical Officer  
charge of the case at the hospital

### **COUNTERSIGNED**

**Medical Superintendent  
Hospital**

I Certify that the patient has been under treatment at the .....  
..... Hospital and that the facilities provided were  
minimum which were essential for the patients treatment. Medical Superintendent.

Place: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature & Seal of Medical Supdt.

### चिकित्सा पर हुए व्यय का विवरण

[illegible]

हस्ताक्षर —

नाम—

पद नाम- से0नि0

विभाग का नाम-

पता—

मोबाईल नं०

**परिशिष्ट "ग"**  
(भाग-पाँच-नियम-16 तथा 18 देखें)

सेवा में,

कार्यालयाध्यक्ष का नाम,

.....  
.....  
.....

विषय—चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति। धनराशि रू० —

महोदय,

विषय—चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति।

महोदय,

मैंने/मेरे पारिवारिक सदस्य (नाम) .....दिनांक .....  
.....से .....तक अन्तः एवं बाह्य रोगी के रूप में उपचार करवाया है।  
मैं निम्नलिखित दस्तावेजों के साथ प्रतिपूर्ति दावा प्रस्तुत कर रहा हूँ:—

- 1— उपचारी चिकित्सक/ चिकित्सालय के अधीक्षक द्वारा हस्ताक्षरित /प्रतिहस्ताक्षरित अनिवार्यता प्रमाणपत्र।
- 2— उपचारी चिकित्सक द्वारा विधिवत हस्ताक्षरित एवं सत्यापित मूल नकद पर्ची (कैश मेमो) बीजक (बिल), बाउचर।
- 3— यह प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर नामित पारिवारिक सदस्य मुझ पर पूर्णतया आश्रित है और सामान्यतः मेरे साथ निवास करता है।

मेरे उपचारार्थ—..... के पत्र संख्या .....  
दिनांक ..... द्वारा स्वीकृत रू० ..... के अग्रिम  
का समायोजन करने के पश्चात् मेरे दावे की प्रतिपूर्ति के लिए यथा आवश्यक कार्यवाही करने की कृपा करें।

‘मैंने अपना उपचार किंग जार्ज चिकित्सा विश्वविद्यालय/संजयगांधी आर्युविज्ञान संस्थान/डा० राम मनोहर लोहिया आयुर्विज्ञान संस्थान लखनऊ में कराया है तथा मैं प्रतिपूर्ति की धनराशि 5 प्रतिशत घटे दरों पर लेने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ।’

दिनांक .....

अधिकारी/कर्मचारी का नाम —  
पद नाम —  
तैनाती का स्थान—  
पता व मोबाईल नं०

### आकस्मिकता प्रमाणपत्र

प्रमाणित किया जाता है कि :-

रोगी का नाम.....

पति/पत्नी/पुत्र/पुत्री .....

बीमारी का नाम.....

चिकित्सालय का नाम .....

अवधि दिनांक .....से ..... तक आपात कालीन उपचार  
प्रदान किया गया और इन्हें प्रदान की गई मेडिसिन/उपचार/नर्सिंग केयर आदि की  
सुविधा इनकी इमेरजेन्सी कन्डीसन को दृष्टिगत रखते हुए अति आवश्यक थी।

डा० के हस्ता०

एवं मुहर



घोषणा पत्र  
(रोगी चिकित्सा दावा हेतु)

सेवा में

.....  
.....

मैं शपथ पूर्वक यह घोषणा करता/करती हूँ कि स्वयं /आश्रित/पत्नी .....  
.....

की चिकित्सा दिनांक .....से .....तक (चिकित्सालय  
का नाम).....से भर्ती रहकर/  
बिना भर्ती रहकर कराई गई चिकित्सा का प्रतिपूर्ति दावा धनराशि रु0 .....  
.....आपको प्रथम बार प्रस्तुत कर रहा/रही हूँ। उक्त चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा  
किसी अन्य योजना या स्वास्थ्य बीमा (Health Insurance) योजना से भुगतान हेतु  
प्रस्तुत नहीं किया गया है एवं न ही इस हेतु कोई भुगतान प्राप्त किया गया है।

दिनांक .....

हस्ताक्षर—

नाम —

पद नाम— से0नि0

कार्यालय —सी0

पता—

मोबाईल नं0

सेवा में,

.....  
.....  
.....

विषय—रोगी या उसके सम्बन्धी द्वारा अपने कार्यालयाध्यक्ष को यथाशीघ्र किन्तु उपचार प्रारम्भ होने के 30 दिनों के अन्दर सूचित किया जाना।

महोदय,

अवगत कराना है कि अचानक स्वास्थ्य खराब हो जाने के कारण अधोहस्ताक्षरी को

डा० ..... द्वारा उनके क्लीनिक/हॉस्पिटल का नाम .....

.....दिनांक .....से

आकस्मिक परिस्थितियों में इलाज कराना पड़ा। शासनादेशों के क्रम में आवश्यक

कार्यवाही हेतु सूचनार्थ प्रेषित है।

दिनांक .....

से०नि० कर्मचारी/रिस्तेदार केहस्ताक्षर—

नाम —

पद नाम—

से०नि०कार्यालय —

पता—

मोबाईल नं०

चिकित्सा प्रतिपूर्ति के भुगतान हेतु कार्यालयाध्यक्ष के प्रयोगार्थ विवरण

1—	नाम—	
2—	पद नाम —	
3—	पी०पी०ओ० नम्बर—	
4—	टी०एस० नम्बर—	
5—	पैन नम्बर—	
6—	खता नम्बर—	
7—	बैंक का नाम व शाखा का नाम	
8—	आई०एफ०एस० कोड	
9—	कोषागार का नाम (जहां से पेन्शन प्राप्त हो रही है।)	
10—	आधार नम्बर	
11—	मोबाईल नम्बर	

हस्ताक्षर—

नाम—

पद नाम— से०नि०

निवासी—

उत्तर प्रदेश सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली 2011

शासनादेश संख्या 2275/5-6-11-1082 दिनांक 20 सितम्बर, 2011 का

उत्तर प्रदेश सरकार  
स्वास्थ्य-पत्रक परिशिष्ट-क  
(भाग-दो, नियम-6(क) देखें)

संख्या.....

दिनांक.....

नाम — जन्म का दिनांक — लिंग—

पद नाम— विभाग का नाम—

तैनाती का स्थान— सेवा निवृत्त तिथि—

आवासीय पता —

मूल वेतन तथा वेतनमान/पेन्शन — मूल पेन्शन —  
वेतनमान  
वेतन बैण्ड

**PPO No-**  
लेवल—

नामिनी का नाम —

आश्रितों पारिवारिक सदस्यों का विवरण			
क्र०	नाम	जन्म का दिनांक	आवेदक से सम्बन्ध
1—			
2—			
3—			
4—			
5—			

दिनांक —

आवेदक के हस्ताक्षर  
कार्यालयाध्यक्ष के प्रतिहस्ताक्षर, मुहर सहित