

# OUT DOOR

Bank Account No.

Telephone No.

केन्द्रीय वैज्ञानिक उपकरण संगठन

## CENTRAL SCIENTIFIC INSTRUMENTS ORGANISATION

चिकित्सा दावे के लिए भरा जाने वाला प्रार्थना-पत्र  
FORM OF APPLICATION FOR MEDICAL CLAIMS

पूर्व सूचना : हर बीमार व्यक्ति के लिए अलग-अलग फार्म भरा जाना चाहिए।

N. B. : SEPARATE FORM SHOULD BE USED FOR EACH PATIENT

१. सरकारी कर्मचारी का नाम व पदनाम  
(साफ अक्षरों में) आई डी न. तथा कर्मचारी  
संख्या न. सहित डी.यू.नं.  
Name and designation of the Govt. servant  
(in block letters) with ID No. & employee  
Code No. **D.U. No.**

२. कार्यस्थल प्रभाग/अनुभाग  
Division/Section in which working

३. मूल नियमों के अन्तर्गत सरकारी कर्मचारी का वेतन  
व अन्य लाभ जिन्हें अलग से लिखा जाना चाहिए  
Pay of the Govt. servant as defined in the  
Fundamental rules, and any other emolu-  
ments which should be shown separately.

४. ड्यूटी का स्थान  
Place of duty

५. वास्तविक निवास स्थान का पता  
Actual residential address

६. बीमार का नाम और उसका सरकारी कर्मचारी  
के साथ सम्बन्ध। (पूर्व सूचना : बच्चों की आयु  
भी लिखी जानी चाहिए) क्या पत्नी सेवा में  
है? निर्भर परिवार के निर्भर सदस्यों के बारे में  
निर्भरता प्रमाण-पत्र दिया गया है?  
Name of the patient and his/her relationship  
to the Govt. servant. (N. B. in the case of  
children state age also). In case of wife  
state whether she is employed. In case of  
dependents/family members whether depen-  
dent certificate given.

७. उस स्थान का नाम जहाँ पर व्यक्ति बीमार हुआ।  
Place at which the patient fallen ill.

८. दावे की राशी का विवरण  
Details of the amount claimed.

(१) चिकित्सा परिचर्या

Medical attendance

निम्न बातों का निर्देश देते हुए परामर्श की फीस

Fees for consultation indicating :

(अ) जिस चिकित्सा अधिकारी से  
परामर्श लिया गया, उसका नाम व  
पदनाम और संलग्न अस्पताल या  
चिकित्सालय का नाम

the name and designation of the  
medical officer consulted and the  
hospital or dispensary to which  
attached.

(ब) परामर्शों की संख्या व तिथि और  
प्रत्येक परामर्श के लिए दी गई फीस  
the number and date of consul-  
tations and the fee paid for each  
consultation.

(1)

(2)

(3)

(स) इंजेक्शनों की संख्या और तिथियां,  
प्रत्येक इंजेक्शन के लिए दी गई फीस  
the number and date of injections  
and the fee paid for each injection.

(1)

(2)

(3)

द) क्या परामर्श और-या इंजेक्शन अस्पताल, प्रमाणित चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष या बाजार के निवास स्थान पर लिए गए।

whether consultations and/or injections were at the hospital, at the consulting room of the medical officer or at the residence of the patient.

(२) रोग निदान के लिए रोग निदान सम्बन्धी जीवाणु विज्ञान सम्बन्धी या एक्सरे या इसी तरह के अन्य परीक्षणों की सूचना।

Charges for pathological, bacteriological, radiological or other similar tests undertaken during diagnosis indicating.

(अ) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण किए गए और

the name of the hospital or laboratory where the tests were undertaken; and

(ब) क्या परीक्षण प्रमाणित चिकित्सा अधिकारी के परामर्श पर करवाये गये? यदि हां, तो इस सम्बन्ध में प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाना चाहिए।

whether the tests were undertaken on the advice of the authorised medical attendant. If so, a certificate to that effect should be attached.

(३) बाजार से ली गई औषधियों की कीमत।

Cost of medicines purchased from the market.

(६) कुल दावे की राशि रुपये

Total amount claimed Rs.

(१०) अनुलग्नकों की सूची परामर्श पर्ची दिनांक:-/Prescription date:-

List of enclosures

कैश मीमो न. दिनांक:- /Cash Memo No date:-

1. -----

2. -----

3. -----

सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित घोषणा

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता हूँ कि मेरी अधिकतम जानकारी और विश्वास के अनुसार इस प्रार्थना पत्र में भरे गए विवरण सही हैं और जिस व्यक्ति के ऊपर चिकित्सा खर्च किया गया है, वह मुझ पर पूर्ण रूप से निर्भर है।

DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT

I hereby declare that the statements in this applications 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.

तिथि :

Date :

सी. एस. आई. आर. कर्मचारी के हस्ताक्षर

Signature of the CSIR Servant

परिशिष्ट  
APPENDIX

श्री. एस. आई. श्री. कार्यरत श्री. के पुत्र/पुत्री/पत्नी/श्री/  
कुमार/कुमारी. को प्रमाण-पत्र दिया जाता है।

Certificate granted to Mr. Mis. Miss. wife/son/daughter  
of Mr. employed in the CSIO.

प्रमाण-पत्र "ए"  
CERTIFICATE "A"

(उन बीमार व्यक्तियों के सम्बन्ध में भरा जाना चाहिए जो अस्पताल में चिकित्सा के लिए भर्ती नहीं हैं)  
(TO BE COMPLETED IN THE CASE OF PATIENTS WHO ARE NOT ADMITTED TO HOSPITAL FOR TREATMENT)

१. मैं डॉ. एतद् द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि

(अ) मैंने अपने चिकित्सालय/बीमार के निवास स्थान पर रुपये तिथियों  
को परामर्श के लिए वसूल पाये।

I Dr. hereby certify

that I charged and received Rs. for consultations  
on (date to be given)

(ब) कि मैंने रुपये इन्ट्रामसक्यूलर या सबक्यूटेनयस इंजेक्शनों के लिए इन  
तिथियों को अपने परामर्श कक्ष/बीमार के निवास स्थान पर  
वसूल पाये।

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

(स) कि लगाये गये टीके प्रतिरक्षण अथवा रोगशोधक प्रयोजनों के लिये थे/नहीं थे।

that the injections administered were/were not immunising or prophylactic purposes.

(द) कि रोगी अस्पताल/मेरे परामर्श कक्ष के अधीन उपचार में  
रहा/रही तथा इस सम्बन्ध में मेरे द्वारा निर्धारित निम्नलिखित औषधियां रोगी के पुनः स्वस्थ  
होने/रोगी की दशा में हो रही गम्भीर गिरावट को रोकने के लिए परमावश्यक है (वह औषधियां  
व्यक्तिगत रोगियों को देने के लिए ( ) (अस्पताल का नाम) में  
संगृहीत नहीं तथा इनसे ऐसी प्रापराटिरी निर्मित औषधियां (प्रीपेरेशनस) शामिल नहीं हैं जिनके  
लिए समान चिकित्सा मान (पेसायूटिक वैल्यू) वाले सस्ते पदार्थ हों या जो मूलतः भोजन, प्रसाधन  
या निस्संक्रामक की श्रेणी में आते हों।

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 in the  
(name of the hospital) for supply to private patients and do  
not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal the repute  
value are available nor preparations which are primarily food, toilets or disfectants.

क्र. सं. S No	औषधियों का नाम Name of the medicines	कीमत Price
------------------	---	---------------

(ई) कि रोगी

से पीड़ित है और

तक मेरे उपचार में था/है।

that the patient is/was suffering from.....and is/was under my treatment from.....to.....

(एफ) कि रोगी का प्रसव पूर्व अथवा जन्मोत्तर-उपचार किया गया था/नहीं किया गया।

that the patient is/was not given prenatal or post-natal treatment.

(जी) कि एक्सरे, प्रयोगशाला परीक्षण इत्यादि जिसके लिए ..... रुपये की राशि खर्च की गई, आवश्यक थी तथा मेरी सलाह से ..... (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम) ले जाया गया था।

that the X-ray, Laboratory tests etc. for which expenditure of Rs..... was incurred was necessary and were undertaken on my advice at..... (name of the hospital or laboratory).

(एच) कि मैंने बीमार को डा० ..... के पास विशेष परामर्श के लिए भेजा और नियमों के अन्तर्गत राज्य के मुख्य प्रशासनिक (चिकित्सा अधिकारी का नाम) की पूर्व सहमति प्राप्त की गई।

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 rule was obtained.

(आई) कि बीमार को अस्पताल में दाखिल नहीं करवाने/करवाने की आवश्यकता थी।

that the patient did not require/required hospitalisation.

दिनांक : .....

चिकित्सा अधिकारी का नाम व पदनाम और  
संलग्न अस्पताल या चिकित्सालय का नाम

Date.....

Signature and designation of Medical Officer  
and hospital/dispensary to which attached

नोट : १. न लागू होने वाले प्रमाण-पत्रों को काट दिया जाना चाहिए।

Note : 1. Certificate not applicable should be struck off. Certificate (e) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

२. अगर प्रमाणित चिकित्सा अधिकारी द्वारा रात १०.०० बजे से सुबह ६.०० बजे तक आने के लिए दुगुनी परामर्श फीस ली गई तो प्रमाणित चिकित्सा अधिकारी द्वारा यह प्रमाण-पत्र दिया जाना चाहिए कि रात्री में परामर्श लिया जाना क्यों जरूरी था।

2. In cases where double the rates of consultation fees are charged by the Authorised Medical Attendant for night visits (between 10 P. M. to 6 A. M.) the Authorised Medical Attendant should furnish a certificate showing why the night consultation was necessary.