

राज्य के बाहर शासकीय/निजी चिकित्सालय में कराये गये उपचार की कार्योत्तर स्वीकृती हेतु
निर्धारित आवेदन पत्र

1. शासकीय सेवक का नाम , पदनाम एवं विभाग का नाम जहाँ वे कार्यरत है
2. रोगी का नाम एवं शासकीय सेवक से संबंध
3. बीमारी का नाम.....
4. निजी चिकित्सालय/संस्था का नाम जहाँ पर उपचार करया
5. क्या चिकित्सालय को मान्यता प्रदान की गई है
6. उपचार अवधि (किस दिनांक से किस दिनांक तक स्पष्ट लिखें).....
7. निजी चिकित्सालय/संस्था मे कुल दिवस कराये गये जांच/इलाज का नाम-.....
8. रेफर करने वाले शासकीय चिकित्सक का नाम, पदनाम , एवं पदस्थापना स्थल का नाम जहां वह कार्यरत है -.....
9. शासकीय चिकित्सक द्वारा किस चिकित्सालय को रेफर किया गया
10. शासकीय सेवक द्वारा उपचार पर हुये व्यय के चिकित्सा देयक अपने नियंत्रक अधिकारी को किस दिनांक कितने माह पश्चात् प्रस्तुत किये गये।
11. रेफर पत्र न होने की स्थिति मे , उपचार कराये जाने का कारण -.....
12. कराये गये जांच/उपचार की सुविधा राज्य के शासकीय चिकित्सालयों/मेडिकल कालेज मे उपलब्ध है अथवा नहीं
13. उपचार/जांच पर हुये व्यय की कुल राशि- रुपये.....

आवेदक द्वारा प्रतिपूर्ति हेतु चाही गई राशि का विवरण			शासन के मान्यता आदेश में निर्धारित पैकेज / म0प्र0 चिकित्सा परिचर्या नियम 1958 के तहत प्रतिपूर्ति योग्य राशि की विभागीय अनुशंसा
क्रमांक	विवरण	क्लेम राशि	
1	औषधि		
2	पैथोलॉजी		
	A----- B----- C----- D----- E----- F-----		
3	रेडियोलॉजी		
	A----- B----- C----- D----- E----- F-----		
4	रूम किराया		
5	सर्जरी विशेष प्रोसिजर		
6	चिकित्सा फीस		
7	अन्य		
	योग		

14. प्रोफर्मों के साथ निम्न प्रमाण-पत्र अति आवश्यक रूप से संलग्न करें-

1. आपरेशन/इलाज/जॉच के मामलों में डिस्चार्ज समरी।
2. शासकीय चिकित्सकों को निजी चिकित्सालय में इलाज करने हेतु रेफर पत्र।
3. दवाओं के बिल।
4. निजी चिकित्सालय का बिल।
5. माता-पिता के मामले में आश्रित होने का प्रमाण पत्र एवं बच्चों के मामलों में निम्न जानकारी-
 - अ. पैदा होने का दिनांक
 - ब. पैदा होने की क्रम संख्या.....
 - स. बच्चों की कुल संख्या.....

—: बचन पत्र :-

मैं यह सहमति देता/देती हूँ कि यदि आकलन में कोई राशि का अन्तर पाया जाता है तो मेरे द्वारा उस अन्तर राशि को मेरे द्वारा प्रस्तुत निर्धारित प्रारूप में दी गई राशि में से घटाया जायेगा।

कार्यालय प्रमुख के हस्ताक्षर/सील

अभ्यर्थी शासकीय सेवक के हस्ताक्षर
एवं पदनाम

नोट:- समस्त कॉलमों की पूर्ति आवश्यक रूप से की जावे।

अंतर्वासी रोगी के उपचार की चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रकरण के प्रारंभिक परीक्षण हेतु चेकलिस्ट

स.क्र.	शासकीय कर्मचारी/उपनिर्देशक चिकित्सा प्रतिपूर्ति देयक प्रमाणित किया गया है	शासकीय निम्नानुसार टीप	आवृत्ति/नकार
1.	अंतर्वासी रोगी के रूप में उपचार उपरान्त चिकित्सा प्रतिपूर्ति के लिए आवेदन प्रपत्र-चार में प्रस्तुत किया गया है	हाँ	नहीं
2.	शासकीय कर्मचारी का नाम व रोगी से उसके संबंध का स्पष्ट उल्लेख किया गया है	हाँ	नहीं
3.	प्रपत्र-एक (आपातकालीन चिकित्सीय अवस्था प्रमाण-पत्र) संलग्नित है (केवल आपात चिकित्सीय उपचार प्रकरणों में)	हाँ	नहीं
4.	प्रपत्र-चार के सरल क्र. 8 पर बीमारी का स्पष्ट उल्लेख किया गया है (Name of the Disease in Block Letters)	हाँ	नहीं
5.	बीमारी की अवधि का स्पष्ट उल्लेख किया गया है	हाँ	नहीं
6.	प्रपत्र-चार के सरल क्र. 9 (1) अनुसार चिकित्सालय का नाम व म.प्र. शासन द्वारा चिकित्सालय का सूचीबद्ध/गैर सूचीबद्ध होने का स्पष्ट उल्लेख किया गया है	हाँ	नहीं
7.	उपस्थित बीमारी के सी.जी.एच.एस. पैकेज/पैकेजेस के विवरण का उल्लेख है (NABH/Non NABL तथा NABH/NABL अस्पतालों हेतु CGHS Bhopal के प्रचलित पैकेज दर (Updated on 27 th May, 2021) https://cghs.gov.in/CghsGovIn/faces/ViewPage.xhtml?id=MzI4NQ== पर सुलभ सदर्भ हेतु उपलब्ध है)	हाँ	नहीं
8.	अस्पताल का Discharge Summary संलग्नित है	हाँ	नहीं
9.	अस्पताल का अंतिम देयक (Final Bill) संलग्नित है	हाँ	नहीं
10.	दावा की गई कुल राशि का उल्लेख है	हाँ	नहीं
11.	रोग निदान के दौरान दावा किए गए पैथोलॉजी/बैक्टीरियोलॉजी/ रेडियोलॉजी /अन्य जांच संबंधी मूल रसीद संलग्नित है	हाँ	नहीं
12.	क्र. 11 में दावा किए गए पैथोलॉजी/बैक्टीरियोलॉजी/ रेडियोलॉजी /अन्य जांचों की रिपोर्ट संलग्नित है	हाँ	नहीं
13.	क्रय की गई औषधियों के मूल कैश मेमो संलग्नित है	हाँ	नहीं
14.	प्रस्तुत आवेदन में शासकीय कर्मचारी का नाम एवं हस्ताक्षर तथा अस्पताल अधीक्षक के प्रति हस्ताक्षर है	हाँ	नहीं

Invoice Summary for MP Govt. Employees/Dependents
(As per MP Civil Service (Medical Attendance) Rules, 2022)

(To be issued on Letterhead of the Pr. Hospital)

1. **Name of the Govt. Employee (In Block Letters)**
शासकीय कर्मचारी का नाम
2. **Designation of the Govt. Employee**
शासकीय कर्मचारी का पदनाम
3. **Parent Department**
मूल विभाग
4. **Office Address**
कार्यालयीन पता
5. **Govt. ID of Employee (As issued by the Dept.)**
शासकीय कर्मचारी का शासकीय पहचान पत्र
6. **Name of the dependent patient and his/her relationship to the Govt. Employee**
आश्रित रोगी का नाम एवं शासकीय कर्मचारी से संबंध
Samagra Family ID with name of the dependent
आश्रित रोगी का समग्र कुल समग्र परिवार आई.डी.
7. **Date of Admission in Hospital**
अस्पताल में दर्ज दिनांक
8. **Date of Discharge from Hospital (In Block Letters Only)**
अस्पताल से छुट्टी दिनांक
9. **Final Diagnosis (In Block Letters Only)**
अंतिम डायग्नोसिस/रोग का नाम
10. **CGHS Bhopal Package Serial No. in list**
(Indicate if more than 1 package is applicable)
सी.जी.एच.एस. भोपाल की सूची में पैकेज क्रम संख्या क्र.
(एक से अधिक पैकेज लागू होने पर अंकित करें)
11. ***Est. cost as per applicable CGHS Bhopal package rate (In case where Govt. employee wants to seek advance from Govt.)**
*सी.जी.एच.एस. भोपाल के उपयुक्त पैकेज दर अनुरूप प्राक्कलित राशि (जहाँ शासकीय कर्मचारी द्वारा शासन से अग्रिम राशि की मांग की जाना हो)
12. **Total Invoice Amount paid by the Govt. Employee**
शासकीय कर्मचारी द्वारा मुगतान की गई कुल देयक राशि

Signature of the Govt. Employee

शासकीय कर्मचारी के हस्ताक्षर

Date/दिनांक

Signature of the Authorized Doctor

Hospital Superintendent

प्राधिकृत चिकित्सक / अस्पताल अधीक्षक के हस्ताक्षर