

चिकित्सा दावे का सार ABSTRACT OF MEDICAL CLAIM

ध्यान दीजिए-हर रोगी के लिए अलग फार्म भरा जाना चाहिए। फार्म साफ व स्पष्ट भरा जाना चाहिए।

N.B.-Separate form should be used for each patient. The form should be filled in neatly and legibly.

1. सरकारी कर्मचारी का नाम, पद और अनुभाग जिसमें वह कार्य करता/करती है तथा वेतन।

Name of the Government servant together with designation and section in which he/she is working and pay drawn.

2. निवास का पता और स्थान जहां रोगी बीमार पड़ा।

Residential address and the place at which the patient fell ill.

3. रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी से उसका सम्बन्ध

Name of the patient, and his/her relationship to the Government servant (in the case of children state age also).

4. अनिवार्यता प्रमाण पत्र में दिये अनुसार रोग का नाम चिकित्सा की अवधि और उपचार

Name of the Disease and period of Medical Attendance and treatment at given Essentiality Certificate.

'क' चिकित्सा में अन्त रोगी के रूप में उपचार कराने से भिन्न उपचार की दशा में

'A' For Treatment other than as In-patient in hospital

5. अधिकृत चिकित्सक का नाम तथा चिकित्सालय जिसमें वह सम्बद्ध है।

Name of Authorised Medical Attendant and Hospital to which attached

6. अधिकृत चिकित्सक को दी गई फीस (अधिकृत चिकित्सा की रसीद संख्या और दिनांक)

Fees paid to Authorised Medical Attendant (Number and date with Authorised Medical Attendant receipt).

(क) परामर्शों की संख्या और दिनांक।

(i) Number and date of consultation I _____ II _____
III _____ IV _____

(ख) लगाई गयी सुइयों की संख्या और दिनांक

(ii) Number and date of injections/administered.

पेशी की सुइयां

I.M. injections _____

शिरा की सुइयां

I.V. injections _____

योग ₹ _____

Total ₹ _____

7. औषधियां जो चिकित्सक ने लिखी और प्रमाण पत्र 'क' में शामिल की

गई (प्रत्येक कैशमीमो का विवरण)

Medicines prescribed and included in certificate 'A'
(details of each cash memo).

दुकान का नाम
Name of dealer

बिल/कैशमीमो की संख्या व दिनांक
No. and date of Bill/Cash Memo

औषधियों का नाम
Name of Medicines
(in capital letters)

औषधियों की मात्रा
Quantity of
Medicines

मूल्य ₹ पै.
Amount
₹ P.

अग्रणीय योग _____
Total Carried Over _____

8. एक्सरे और दूसरे परीक्षण जो प्रमाण पत्र 'क' में शामिल किए गए भुगतान के लिए

Radiology and other tests included in Certificate 'A'
for payment of

(i)

_____ (रसीद संख्या तथा दिनांक)

(No. and date of receipt)

_____ (किस विषय में)

(On what account)

(ii)

(iii)

9. अन्य व्यय (एम्बुलेंस व्यय इत्यादि)

Other charges (such as Ambulance charges etc.)

'ख' चिकित्सालय में अतः रोगी के रूप में उपचार कराने की दशा में

'B' To be filled in the case of treatment as In-patient in Hospital

10. चिकित्सालय में भर्ती रहने का ब्यौरा

Details of hospital stoppages for payment of

(i)

_____ (चिकित्सालय की रसीद संख्या और दिनांक)

(Number and date of Hospital receipt)

(ii)

(iii)

इस राशि में से भोजन प्रभार घटाएँ यदि कर्मचारी का वेतन 400/- ₹ या अधिक हो

Less diet charges, if the official is drawing a pay above ₹ 400/- p.m.

11. प्रभारों का विभाजन

Allocation charges :

चिकित्सा सलाह Medical Advice	उपचार एवं आवास Nursing and Accommodation	भोजन Diet	औषधियाँ (यदि कोई हो) Medicines (if any)	योग Total
---------------------------------	---------------------------------------------	--------------	--------------------------------------------------	--------------

12. औषधियों का ब्यौरा (कालम 7 के निर्देशानुसार भरें)

Details of medicines (to be filled in as directed in column 7)

13. अन्य व्यय

Other Charges

महायोग _____

Grand Total _____

इस घोषणा पत्र पर सरकारी कर्मचारी पूरे हस्ताक्षर करें

DECLARATION TO BE SIGNED (In Full) BY THE GOVERNMENT SERVANT

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि ऊपर दिया गया विवरण मेरी जानकारी और विश्वास से सही है।

I hereby declare that the particulars furnished above are correct to the best of my knowledge and belief.

सरकारी कर्मचारी के
पूरे हस्ताक्षर

Full signature of Government Servant