

	आईएसओ 9001 :2015 दस्तावेज ISO 9001 : 2015 DOCUMENT		दस्तावेज सं./Doc. No: भासअनुसं/आईएस 15/19 /IIVR/IS 15/19
	भाकृअनुप-भारतीय सब्जी अनुसंधान संस्थान, वाराणसी ICAR-Indian Institute of Vegetable Research, Varanasi		दिनांक/Dated: 12/10/2018
	संशोधन सं.: 0.0 Revision No.: 0.0	निर्गम संख्या: 1.0 Issue No.: 1.0	पृष्ठ सं .4 का 1 Page No. 1 of 4

चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन पत्र ओ.पी.डी.

1.	सरकारी सेवक का नाम	:	.....
2.	पदनाम	:	.....
3.	प्रभाग/अनुभाग/इकाई	:	.....
4.	वेतन स्तर/ग्रेड वेतन	:	.....
5.	i. विवाहित अथवा अविवाहित ।	:	.....
	ii. यदि विवाहित हैं, तो पत्नीपति के कार्यरत होने का / स्थान।	:	.....
6.	रोगी का नाम एवं उसका सरकारी कर्मचारी से संबंध	:	.....
7.	दावा की गई राशि का विवरण:		
I.	चिकित्सीय परामर्श:	:	.....
i.	परामर्श देने वाले चिकित्सा अधिकारी अस्पताल का / नाम एवं पदनाम।	:	.....
ii.	परामर्श की तिथियाँ तथा भुगतान की गई परामर्श शुल्क की राशि।	:	.....
iii.	लगाए गए इंजेक्शनों की संख्या एवं तिथि तथा प्रत्येक इंजेक्शन हेतु भुगतान की गई शुल्क।	:	.....
iv.	क्या परामर्श एवं अथवा इंजेक्शन अस्पताल में अथवा / चिकित्सक के परामर्श कक्ष में प्राप्त किए गए थे।	:	.....
II.	डायग्नोसिस के दौरान कराए गए पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल अथवा अन्य समान परीक्षणों हेतु व्यय, जिसमें निम्नलिखित का उल्लेख हो::	:	.....
i.	अस्पताल अथवा प्रयोगशाला का नाम जहाँ परीक्षण किए गए।	:	.....
ii.	क्या परीक्षण अधिकृत चिकित्सा परिचारक (ए.एम.ए.) की सलाह पर किए गए थे। यदि हाँ, तो इस आशय का प्रमाणपत्र संलग्न करें।-	:	.....

	आईएसओ 9001 :2015 दस्तावेज ISO 9001 : 2015 DOCUMENT		दस्तावेज सं./Doc. No: भा.स.अनु.सं./आई.एस.15/19 / IIVR/IS 15/19
	भाकृअनुप-भारतीय सब्जी अनुसंधान संस्थान, वाराणसी ICAR-Indian Institute of Vegetable Research, Varanasi		दिनांक/Dated: 12/10/2018
	संशोधन सं.: 0.0 Revision No.: 0.0	निर्गम संख्या: 1.0 Issue No.: 1.0	पृष्ठ सं. 4 का 1 Page No. 1 of 4

APPLICATION FORM FOR REIMBURSEMENT OF OPD MEDICAL EXPENDITURE

1.	Name of the Government Servant	:	.....
2.	Designation	:	.....
3.	Division/ Section/ Unit	:	.....
4.	Pay Level/ Grade Pay	:	.....
5.	i. Whether married or unmarried.	:	.....
	ii. If married the place where wife/ husband is employed	:	.....
6.	Name of patient & his/her relationship with the Govt. servant	:	.....
7.	<u>DETAILS OF THE AMOUNT CLAIMED:</u>		
I.	Medical Attendance:	:	
i.	Name and designation of the Medical Officer/ Hospital consulted.	:	.....
ii.	The dates of Consultation and the amount of Consultation Fees paid.	:	.....
iii.	The number and date of injection and fee paid for each injection.	:	.....
iv.	Whether consultancy and/or injections were had at the hospital or at consulting room of the doctor	:	.....
II.	Charges for pathological bacteriological, radiological or other similar tests undertaken during diagnosis indicating:	:	.....
i.	Name of the hospital or laboratory where tests were undertaken	:	.....
ii.	Whether the tests were undertaken on the advice of AMA. If so, provide a certificate to that effect.	:	.....

	आईएसओ 9001 :2015 दस्तावेज ISO 9001 : 2015 DOCUMENT		दस्तावेज सं./Doc. No: भासअनुसं/आईएस 15/19 /IIVR/IS 15/19
	भाकृअनुप-भारतीय सब्जी अनुसंधान संस्थान, वाराणसी ICAR-Indian Institute of Vegetable Research, Varanasi		दिनांक/Dated: 12/10/2018
	संशोधन सं.: 0.0 Revision No.: 0.0	निर्गम संख्या: 1.0 Issue No.: 1.0	पृष्ठ सं. 4 का 2 Page No. 2 of 4

III.	बाजार से क्रय की गई औषधियों की लागत नकद) (पत्र संलग्न किए जाएँ-रसीद एवं आवश्यक प्रमाण	:	.....
IV.	दावा की गई कुल राशि।	:	.....
8.	संलग्नकों की सूची।	:	.....

घोषणा

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/ करती हूँ कि:

1. आवेदन में दिए गए कथन मेरी जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सत्य हैं।
2. प्रतिपूर्ति का दावा उस राशि के लिए किया जा रहा है, जो वास्तव में मेरे द्वारा व्यय की गई है।
3. जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है, वह पूर्णतः मुझ पर आश्रित है।
4. सभी बिल एवं वाउचर चिकित्सा प्राधिकारी द्वारा प्रति-हस्ताक्षरित हैं।

स्थान:

दिनांक:

कर्मचारी का हस्ताक्षर

संबंधित विभागाध्यक्ष/प्रभारी द्वारा अंग्रेषित

(नाम, पदनाम एवं दिनांक सहित हस्ताक्षर)

सेवा में,

वरिष्ठ प्रशासनिक अधिकारी
भा.कृ.अनु.प.भारतीय सब्जी अनुसंधान
संस्थान, वाराणसी

	आईएसओ 9001 :2015 दस्तावेज ISO 9001 : 2015 DOCUMENT		दस्तावेज सं./Doc. No: भासअनुसं/आईएस 15/19 / IIVR/IS 15/19
	भाकृअनुप-भारतीय सब्जी अनुसंधान संस्थान, वाराणसी ICAR-Indian Institute of Vegetable Research, Varanasi		दिनांक/Dated: 12/10/2018
	संशोधन सं.: 0.0 Revision No.: 0.0	निर्गम संख्या: 1.0 Issue No.: 1.0	पृष्ठ सं. 4 का 2 Page No. 2 of 4

III.	Cost of the medicines purchased from Market (Cash Memo & the essentially certificates should be attached)	:	.....
IV.	Total Amount claimed	:	.....
8.	List of enclosures	:	.....

DECLARATION

I hereby declare that:

- 1. The statements made in the Application are true to the best of my knowledge and belief.**
- 2. The reimbursement is being claimed for the amount which has been actually incurred by me.**
- 3. The person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.**
- 4. All the bills and vouchers have been countersigned by the Medical Authority.**

Place:

Dated:

Signature of the Employee

Forwarded by concerned Head/ in-charge

(Name, Designation & Dated Signature)

To,

The Senior Admin. Officer

ICAR – IIVR, Varanasi.

	आईएसओ 9001 :2015 दस्तावेज ISO 9001 : 2015 DOCUMENT		दस्तावेज सं./Doc. No: भासअनुसं/आईएस 15/19 / IIVR/IS 15/19
	भाकृअनुप-भारतीय सब्जी अनुसंधान संस्थान, वाराणसी ICAR-Indian Institute of Vegetable Research, Varanasi		दिनांक/Dated: 12/10/2018
	संशोधन सं.: 0.0 Revision No.: 0.0	निर्गम संख्या: 1.0 Issue No.: 1.0	पृष्ठ सं. 4 का 3 Page No. 3 of 4

आवश्यक प्रमाण पत्र-‘क’ (केवल बाह्य रोगी विभाग (रोगियों हेतु (ओपीडी)

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/कुमारी /श्रीमती /.....
 पत्नी/पुत्र/पुत्री/श्री/श्रीमती/डॉ.के, जो
 में कार्यरत हैं।

प्रमाण-पत्र

मैं, डॉ.यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि:

- क. मैंने परामर्श शुल्क के रूप में दिनांक. को अपने परामर्श कक्ष..... अस्पतालरोगी के निवास स्थान पर / परामर्श हेतु..... प्रमाणित एवं प्राप्त किए हैं।
- ख. मैंने इन्ट्रावेनस/इंटर मस्क्युलर/सबक्युटेनियस इंजेक्शन लगाने हेतु अपने परामर्श कक्ष/.....अस्प/रोगी के निवास स्थान पर रु.....प्रमाणित एवं प्राप्त किए हैं। यह इंजेक्शन प्रतिरक्षण अथवा रोग-निवारक उद्देश्य हेतु थे/नहीं थे।
- ग. रोगी मेरे परामर्श कक्ष रोगी के /अस्पताल /निवास स्थान पर उपचाराधीन रहा है तथा इस संबंध में मेरे द्वारा निम्नलिखित औषधियाँ रोगी की स्थिति में सुधारगंभीर स्थिति की रोकथाम हेतु आवश्यक रूप से निर्धारित की गई थीं। ये / अस्पताल में निजी रो औषधियाँ/गियों को उपलब्ध कराने हेतु भंडारित नहीं हैं तथा इनमें ऐसी स्वामित्वयुक्त औषधियाँ सम्मिलित नहीं हैं जिनके समान चिकित्सीय प्रभाव वाली सस्ती औषधियाँ उपलब्ध हों (प्रोप्राइटरी), अथवा ऐसी तैयारियाँ जो मुख्यतः खाद्य पदार्थ, प्रसाधन सामग्री अथवा कीटाणुनाशक हों।

क्र. सं.	दवाओं का नाम/कैश मेमो नंबर और तारीख	कुल राशि (रु. में)
दवाईयों की कुल राशि		

	आईएसओ 9001 :2015 दस्तावेज ISO 9001 : 2015 DOCUMENT		दस्तावेज सं./Doc. No: भासअनुसं/आईएस 15/19 / IIVR/IS 15/19
	भाकृअनुप-भारतीय सब्जी अनुसंधान संस्थान, वाराणसी ICAR-Indian Institute of Vegetable Research, Varanasi		दिनांक/Dated: 12/10/2018
	संशोधन सं.: 0.0 Revision No.: 0.0	निर्गम संख्या: 1.0 Issue No.: 1.0	पृष्ठ सं. 4 का 3 Page No. 3 of 4

ESSENTIAL CERTIFICATE 'A' (For OPD Patients only)

Certificate granted to Mr./ Mrs./ Miss/ Dr./
Wife/ son/ Daughter of Mr./ Mrs./ Dr.....
Employed in the

CERTIFICATE

I, Dr..... hereby certify that:

A That I have charged and received Rs. for consultations on
(dates to be given) at my consulting room/ Hospital/
at the residence of the patient.

B. That I have charged and received Rs... for
administering Intravenous/ Inter muscular / **Subcutaneous** injection on at my
consulting room/Hospital/ at the residence of the patient. That the injections administered were/ were not for
immunizing or prophylactic purpose.

C. That the patient has been under treatment at my consulting room/
Hospital/ at the residence of the patient 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 Hospital
for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper
substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods,
toilets or disinfectants:

Sl. No.	Name of the Medicines/ Cash Memo No. with Date	Total Amount (in Rs.)
TOTAL AMOUNT FOR MEDICINES		

	आईएसओ 9001 :2015 दस्तावेज ISO 9001 : 2015 DOCUMENT		दस्तावेज सं./Doc. No: भासअनुसं/आईएस 15/19 / IIVR/IS 15/19
	भाकृअनुप-भारतीय सब्जी अनुसंधान संस्थान, वाराणसी ICAR-Indian Institute of Vegetable Research, Varanasi		दिनांक/Dated: 12/10/2018
	संशोधन सं.: 0.0 Revision No.: 0.0	पृष्ठ सं. 4 का 3 Page No. 3 of 4	पृष्ठ सं. 4 का 4 Page No. 4 of 4

घ. मरीज (बड़े अक्षरों में) से पीड़ित है/था और से तक मेरे

इलाज के तहत है/था।

ड. मरीज को प्रसव-पूर्व (prenatal) या प्रसव-पश्चात (post-natal) इलाज नहीं दिया गया।

च. पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल या अन्य समान टेस्ट, जिन पर रु..... का खर्च आया, वे ज़रूरी थे और मेरी सलाह पर..... (अस्पताल/प्रयोगशाला का नाम) में किए गए।

छ. मैंने मरीज को विशेषज्ञ से सलाह लेने के लिए डॉ. के पास भेजा और नियमों के तहत यथा आवश्यक की मंजूरी ली गई।

चिकित्सा अधिकारी का प्रमाण-पत्र:

1. यह प्रमाणित किया जाता है कि रोगी को अस्पताल में भर्ती किए जाने की आवश्यकता नहीं थी।
2. यह कि उपचार समाप्त हो गया है / जारी है।
(जो लागू न हो उसे काट दें)

स्थान:

दिनांक:

चिकित्सक/चिकित्सा अधिकारी का हस्ताक्षर
(मुहर सहित)

	आईएसओ 9001 :2015 दस्तावेज ISO 9001 : 2015 DOCUMENT		दस्तावेज सं./Doc. No: भासअनुसं/आईएस 15/19 / IIVR/IS 15/19
	भाकृअनुप-भारतीय सब्जी अनुसंधान संस्थान, वाराणसी ICAR-Indian Institute of Vegetable Research, Varanasi		दिनांक/Dated: 12/10/2018
	संशोधन सं.: 0.0 Revision No.: 0.0	पृष्ठ सं. 4 का 3 Page No. 3 of 4	पृष्ठ सं. 4 का 4 Page No. 4 of 4

D. That the patient is /was suffering from (in block letters) and is / was under my treatment from to

E. That the patient is /was not given prenatal/or post natal treatment.

F. That the pathological, bacteriological, radiological or other similar tests for which an expenditure for Rs. was incurred were necessary and were undertaken on

G. my advice at (Name of the hospital / Laboratory).

H. That I referred the patient to Dr for specialist consultation

I. and that the necessary approval of the as required under

J. the rules was obtained.

Medical Officer States:

- 1. That the patient did not required hospitalization.**
- 2. That the treatment is over/continued**

(Strike out which is Not Applicable)

Place:

Dated:

Signature of the Doctor/ M.O.
(with Seal)