राष्ट्रीय पर्यावरण स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान, भोपाल

(भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद)

कमला नेहरू अस्पताल भवन, भोपाल 462001

अस्पताल में उपचार के लिए प्रपत्र

(उन रोगियों के मामले में पूरा किया जाना है जो इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती हैं)

अनिवार्यता प्रमाणीकरण (बी)

श्रीमान/श्रीमती/कुमारी को दिया गया प्रमाण पत्र _____

श्रीमान _____ के पिता/माता/पत्नी/पुत्र/पुत्री राष्ट्रीय पर्यावरण अनुसंधान संस्थान, भोपाल में कार्यरत हैं।

भाग 'ए'

1. मैं, डॉ. _____ एतद्द्वारा प्रमाणित करता हु :

(ए) कि रोगी को मेरी/(चिकित्सा अधिकारी का नाम _____) की सलाह पर अस्पताल में भर्ती कराया गया था:

(बी) कि रोगी का _____ इलाज चल रहा है और इस संबंध नीचे दी गई दवाएं और प्रिस्क्रिप्शिन मेरे द्वारा निर्धारित अनुबंध-1 में भी है जो रोगी के ठीक होने/रोगी की स्थिति में गंभीर गिरावट की रोकथाम के लिए आवश्यक थे। निजी रोगियों को आपूर्ति के लिए _____ (अस्पताल का नाम) में दवाओं का स्टॉक नहीं है और इसमें ओषधियों कि तैयारी शामिल नहीं है जिसके लिए समान चिकित्सीय मूल्य के सस्ते पदार्थ उपलब्ध हैं न ही ऐसी तैयारी जो मुख्य रूप से खाद्य पदार्थ, शौचालय या कीटाणुनाशक हैं।

दवाओं का नाम कीमत

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. अनुबंध-1 . में जारी

(सी) कि दिए गए इंजेक्शन प्रतिरक्षण या रोगनिरोधी उद्देश्यों के लिए नहीं थे:

(डी) कि रोगी _____ से पीड़ित है/था और _____ से _____ तक उसका उपचार चल रहा था|

(ई) कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण, आदि, जिसके लिए _____ रुपये का खर्च किया गया था, वे आवश्यक थे और _____ (अस्पताल की प्रयोगशाला का नाम) में मेरी सलाह पर किए गए थे।

(च) कि मैंने विशेषज्ञ परामर्श के लिए डॉक्टर _____ को बुलाया और जैसा कि नियमों के तहत अपेक्षित था _____ (राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) की आवश्यक स्वीकृति प्राप्त की।

अस्पताल में मामले के

प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर।

नोट: यदि उपरोक्त 1(बी) के पैरा-2 में वर्णित दवाओं के लिए स्थान कम है; इसे अनुलग्नक-1 के रूप में प्रमाण पत्र के साथ संलग्न किया जा सकता है।

1 (b) ANNEXURE-1

SL.NO	NAME OF MEDICINES (IN CAPITAL LETTERS)	RS.	PS.	SL.NO	NAME OF MEDICINES (IN CAPITAL LETTERS)	RS.	PS.
1				21			
2				22			
3				23			
4				24			
5				25			
6				26			
7				27			
8				28			
9				29			
10				30			
11				31			
12				32			
13				33			
14				34			
15				35			
16				36			
17				37			
18				38			
19				39			
20				40			
	Total				Total		

सत्यापित: _____

_____ (केवल)

डॉ. के हस्ताक्षर

Part 'B'

मैं प्रमाणित करता हूं कि मरीज का अस्पताल में इलाज चल रहा है और संलग्न बिलों और रसीदों के अनुसार, वे विशेष नर्सें, जिन पर _____ रुपये का व्यय किया गया था, वे रोगी के ठीक होने/रोगी की स्थिति में गंभीर गिरावट की रोकथाम के लिए आवश्यक थे।

अस्पताल में मामले के
प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर।

प्रतिहस्ताक्षरित

चिकित्सा अधीक्षक

_____ अस्पताल

मैं प्रमाणित करता/करती हूं कि रोगी _____ में रहा है और प्रदान की जाने वाली सुविधाएं न्यूनतम थीं जो रोगी के उपचार के लिए आवश्यक थीं।

चिकित्सा अधीक्षक

_____ अस्पताल

स्थान _____

नोट: जो प्रमाण पत्र लागू नहीं होते हैं उन्हें काट दिया जाना चाहिए। प्रमाण पत्र (डी) अनिवार्य है और सभी मामलों में अधिकारी द्वारा लगाया जाना चाहिए।

न्यूनतम सुविधा प्रमाण पत्र' पर या तो संबंधित अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा या किसी अन्य राजपत्रित चिकित्सा अधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित किया जा सकता है, जिसे चिकित्सा अधीक्षक द्वारा इस संबंध में अधिकृत किया गया है।

APPENDIX -D

मेडिकल क्लेम फॉर्म II

राष्ट्रीय पर्यावरण स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान, भोपाल के कर्मचारियों की चिकित्सा उपस्थिति और/या उपचार के संबंध में किए गए चिकित्सा व्यय की वापसी का दावा करने के लिए आवेदन।

प्रत्येक रोगी के लिए अलग से इस्तेमाल किया जाना चाहिए।

1	दावेदार का नाम और पदनाम (बड़े अक्षरों में)	
2	कार्यालय जिसमें कार्यरत है	NIREH (ICMR) Bhopal
3	नियमों में परिभाषित अनुसार वेतन, और कोई अन्य वेतन जो अलग से दर्शाई जानी चाहिए।	Rs._____ pm
4	कार्य का स्थान	
5	वास्तविक निवास का पता	
6	रोगी का नाम और स्टाफ के कर्मचारियों के साथ उसका संबंध बच्चों के मामले में उनकी आयु भी	
7	वह स्थान जहाँ रोगी बीमार पड़ा था	
8	बीमारी की प्रकृति और उसकी अवधि	

दावा की गई राशि का विवरण

अस्पताल में इलाज: अस्पताल में इलाज के लिए शुल्क,के लिए अलग से प्रभार दर्शाए गए हैं।

a.	आवास (केवल वार्ड शुल्क) (यह बताएं कि क्या आवास स्टाफ के कर्मचारियों की स्थिति या वेतन के अनुसार था और उन मामलों में जहां स्टाफ के सदस्य की स्थिति से आवास अधिक है, इस आशय का एक प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए कि जिस आवास का वह हकदार था उपलब्ध नहीं था)	
b.	डाइट/आहार	
c.	शल्य चिकित्सा या चिकित्सा उपचार / या प्रसूति	
d.	पैथोलॉजिकल, बैक्टीरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल या इसी तरह के अन्य परीक्षण इंगित करते हैं।	
i.	अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां पर टेस्ट किया गया	
ii.	क्या अस्पताल में मामले के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर किया गया है, यदि हां, तो इस आशय का एक प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए।	
e.	दवाइयाँ	
f.	विशेष दवाएं : दवा की सूची, कैश मेमो और अनिवार्यता प्रमाण पत्र संलग्न करें	
g.	साधारण नर्सिंग	
h.	विशेष नर्सिंग यानी रोगी के लिए विशेष रूप से लगी नर्सें: बताएं कि क्या उन्हें अस्पताल में मामले के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर या स्टाफ के सदस्य या रोगी के अनुरोध पर नियुक्त किया गया था। पूर्व मामले में मामले के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी से प्रमाण पत्र और अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा हस्ताक्षरित प्रतिहस्ताक्षरित संलग्न किया जाना चाहिए।	
i.	एम्बुलेंस शुल्क (आने-जाने की यात्रा का विवरण दें)	
j.	कोई अन्य शुल्क, उदा. बिजली, पंखे, हीटर, एयर कंडीशनिंग आदि के लिए शुल्क (यह भी बताएं कि क्या संदर्भित सुविधाएं सामान्य रूप से सभी रोगियों को प्रदान की जाने वाली सुविधाओं का एक हिस्सा हैं और रोगी के लिए कोई विकल्प नहीं बचा था)।	

नोट: 1 यदि CS(MA) नियम 1944 के नियम 7 के तहत अपने निवास के स्टाफ के सदस्य द्वारा उपचार प्राप्त किया गया था, तो ऐसे उपचार का विवरण दें और नियमों के तहत आवश्यक अधिकृत चिकित्सा परिचारक से प्रमाण पत्र संलग्न करें।

नोट: 2 यदि उपचार किसी अस्पताल या सरकारी अस्पताल के अलावा अन्य में प्राप्त किया गया था, तो आवश्यक विवरण और अधिकृत चिकित्सा परिचारक का प्रमाण पत्र प्रस्तुत किया जाना चाहिए कि अपेक्षित चिकित्सा उपचार किसी भी नजदीकी सरकारी अस्पताल में उपलब्ध नहीं था।

APPENDIX - E

मेडिकल क्लेम फॉर्म III

राष्ट्रीय पर्यावरण स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान,(ICMR) भोपाल के कर्मचारियों की चिकित्सा उपस्थिति और/या उपचार के संबंध में चिकित्सा व्यय की वापसी का दावा करने के लिए आवेदन

अधिकृत चिकित्सा परिचारक के अलावा विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी को भुगतान की गई फीस

a.	विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का नाम और पद जिस अस्पताल से सम्बद्ध है, उससे परामर्श किया गया है:	
b.	प्रत्येक परामर्श के लिए परामर्श की संख्या और तिथियां और शुल्क:	
c.	क्या परामर्श अस्पताल में किया गया था। विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के कमरे में या रोगी के आवास पर:	
d.	क्या अधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह पर विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से परामर्श किया गया था और राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी की पूर्व स्वीकृति प्राप्त की गई थी, यदि ऐसा है तो इस आशय का एक प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए:	
2.	दावा की गई कुल राशि	
3.	Less लिया गया अग्रिम	
4.	दावा की गई शुद्ध राशि	
5.	संलग्नकों की सूची।	

स्टाफ के सदस्य द्वारा हस्ताक्षर किए जाने की घोषणा

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूं कि इस आवेदन में दिए गए कथन मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य हैं कि जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा खर्च किया गया था वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है और परिवार का कमाने वाला सदस्य नहीं है।

दिनांक :

राष्ट्रीय अनुसंधान स्वास्थ्य संस्थान, भोपाल

के कर्मचारी के हस्ताक्षर

केवल कार्यालय उपयोग के लिए

प्रतिहस्ताक्षरित और प्रमाणित किया गया कि दावा

1. वास्तविक है
2. विषय पर नियमों और आदेशों द्वारा कवर किया गया
3. बिलों, रसीदों और अन्य प्रमाणपत्रों आदि द्वारा समर्थित है।
4. पहले तैयार नहीं किया गया था, और
5. स्वीकृत किया गया है।

कुल दावा: RS. _____

कटौतियां:

1. अस्वीकार्य दवाएं Rs. _____

2. डॉक्टर फीस Rs. _____

3. _____ Rs. _____

4. _____ Rs. _____

5. _____ Rs. _____

शुद्ध देय **RS.** _____

भुगतान के लिए पारित रुपये_____ रुपये _____

_____ मात्र

अनुभाग अधिकारी/लेखा अधिकारी (जूनियर ग्रेड)

निर्देशक

निरेह, भोपाल