

**केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना सीजीएचएस लाभार्थियों के चिकित्सा संबंधी दावों के भुगतान के लिए मेडिकल 2004 फार्म
CENTRAL GOVERNMENT HEALTH SCHEME MEDICAL 2004 FORM FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL
CLAIMS OF CGHS BENEFICIARIES.**

कम्प्यूटर सं०
Computer No. _____

**(दावेदार द्वारा भरा जाए)
(To be filled by the claimant)**

1. सीजीएचएस टोकन नं० और जारी करने का स्थान : _____
CGHS Token No. and Place of issue : _____
2. सीजीएचएस टोकन कार्ड कब तक है : दिनांक से तक
Validity of CGHS Token Card : from to
& entitlement : प्राइवेट/सेमी प्राइवेट/सामान्य : Pvt./Semi Pvt./General
3. कार्डधारी का पूरा नाम (स्पष्ट अक्षरों में) : _____
Full name of the card holder (Block Letters) : _____
4. पूरा पता : _____
Full address : _____
5. दूरभाष सं० : (का) _____ (आवास) _____
Telephone No. : (O) _____ (R) _____
6. ई-मेल पता, यदि कोई हो E-mail address if, any : _____
7. बैंक का नाम ब्रांच बचत बैंक खाता शाखा का एमआईसीआर कोड
..... बैंक की शाखा का दूरभाष नं०
Name of the Bank Branch SB A/C Branch
MICR Code Tel. No. of Bank Branch
8. रोगी का नाम और कार्डधारक के साथ उसका संबंध : _____
Name of the patient & relationship with the card holder : _____
9. स्तर चिन्हित करें (✓) (सरकारी कर्मचारी/पेंशनभोगी/सेवारत कर्मिक अथवा स्वायत्त निकाय का पेंशनभोगी/संसद सदस्य/पूर्व सांसद/पूर्व राज्यपाल/उच्चतम न्यायालय के पूर्व जज/स्वतंत्रता सेनानी/विधिक उत्तराधिकारी/अन्य)
Status tick (✓) (Govt. Servant/Pensioner/Serving employee or pensioner of autonomous body/Member of Parliament/Ex-M.P./Ex-Governor/Former Judge of Supreme Court/Former Judge of High Court/Freedom Fighter/Legal Heir/others)
10. मूल वेतन/मूल पेंशन/ Basic Pay/Basic Pension : _____
11. अस्पताल का नाम और पता/ Name of the Hospital with Address : _____
(क) ओपीडी उपचार और जांच/OPD treatment and investigations. : _____
(ख) अन्तरंग उपचार/Indoor Treatment. : _____
12. दाखिल होने की तारीख डिस्चार्ज की तारीख
(केवल अन्तरंग उपचार के मामले में)
Date of admission Date of discharge (in case of Indoor Treatment only)
13. दावा की गई कुल राशि/Total amount Claimed : _____
(क) ओपीडी उपचार/OPD Treatment : _____
(ख) अन्तरंग उपचार/Indoor Treatment. : _____
14. अनुमति का विवरण/Details of Permission : _____
15. मेडिकल अग्रिम का विवरण(यदि कोई हो)/Details of Medical advance if, any: _____

घोषणा/DECLARATION

एतद्वारा मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन में दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के मुताबिक सत्य हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा संबंधी व्यय किए गए वह मुझ पर पूरी तरह आश्रित थे। मैं सीजीएचएस का लाभार्थी हूँ और उपचार के समय सीजीएचएस कोई कार्ड बैध था। नियमों के अंतर्गत मान्य भुगतान के लिए मैं सहमत हूँ। I hereby declare that the statements made in the application are true to the best of my knowledge and belief and the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependant on me. I am a CGHS beneficiary and the CGHS card was valid at the time of treatment. I agree for the reimbursement as is admissible under the rules.

दिनांक/Date

सीजीएचएस कार्डधारक के हस्ताक्षर/Signature of CGHS card holder

टिप्पणी/Note : सीजीएचएस सुविधाओं का दुरुपयोग एक दंडनीय अपराध है। जानबूझकर तथ्यों को छिपाने और गलत सूचना देने की स्थिति में सीजीएचएस कार्ड रद्द करने सहित उपयुक्त कार्रवाई की जाएगी। सेवारत कर्मिकों के मामले में उपयुक्त अनुशासनिक कार्रवाई की जाएगी। Misuse of CGHS facilities is a criminal offence. Suitable action including cancellation of CGHS card shall be taken in case of willful suppression of facts or submission of false statements. Suitable disciplinary action shall be taken in case of serving employees.

उपचार कर रहे विशेषज्ञ द्वारा प्रमाणित अनिवार्यता प्रमाण-पत्र एवं व्यय का विवरण (दो प्रतियों में प्रस्तुत करा जाये)

Essentially Certificate-cum-statement of expenditure certified by treating specialist (to be submitted in duplicate)

(जो लागू नहीं होता उसे काट दें) (Strike out whichever is not applicable)

1. रोगी का नाम तथा कार्डधारक से उसका संबंध : _____
Name of the patient and relationship with the card holder : _____
 2. व्यय का विवरण / Details of expenditure : _____
 - (क) बाह्य रोगी उपचार / OPD Treatment _____ निदान / Diagnosis _____
 - (i) अस्पताल का नाम / Name of the Hospital : _____
 - (ii) वाउचर की कुल संख्या / Total No. of vouchers : _____
 - (iii) दावे की राशि / Amount claimed : _____
- (जहां आवश्यक हो वहां अलग से अनुबंध में प्रत्येक उपशीर्ष के लिए तिथि के साथ दुकानों के नाम तथा पते सहित अलग-अलग वाउचर की क्रम संख्या दर्शाएँ) / (Indicate serial number of individual vouchers with name and address of the shops with date against each sub heading in a separate wherever required).

	दावे की राशि Amount claimed	स्वीकार्य राशि/Amount admissible (कार्यालय उपयोग हेतु)/for official use.
(क) दवा / Medicine	_____	_____
(ख) परामर्श शुल्क / Consultation Fees (परामर्श की संख्या का ब्यौरा दें)/(Specify number of consultations).	_____	_____
(ग) प्रयोगशाला शुल्क / Laboratory Charges (अलग-अलग अनुबंध में विवरण)/(Break-up in a separate annexure).	_____	_____
(घ) डिस्पोजेबल सर्जल्स-सन्ड्रिज/Disposable Surgls-Sundries.	_____	_____
(ङ) विशेष यंत्र जैसे सुनने वाला यंत्र/कृत्रिम यंत्र आदि (उल्लेख करें) Special devices like hearing aid/Artificial appliance etc. (Specify).	_____	_____
(च) विविध / Miscellaneous (उल्लेख करें) / (Specify).	_____	_____
योग / Total	_____	_____
(छ) अन्तरंग उपचार निदान / Indoor Treatment Diagnosis (जहां आवश्यक हो लागू नहीं चिन्हित करें) (To be marked N.A. wherever necessary).	_____	_____

(अन्तरंग उपचार की अवधि से संबंधित अस्पताल बिल तथा अन्य वाउचर का विवरण)
(Details of Hospital Bill and other vouchers pertaining to the period of indoor treatment)

- (क) पता सहित अस्पताल का नाम : _____
Name of the Hospital with address :
 - (ख) बिल की अवधि/Period of Bill : From _____ से To _____ तक
 - (ग) दावे की राशि / Amount claimed _____
- (जहां आवश्यक हो वहां अलग से अनुबंध में प्रत्येक उपशीर्ष के लिए तिथि के साथ दुकानों के नाम तथा पते सहित अलग-अलग वाउचर की क्रम संख्या दर्शाएँ) / (Indicate serial No. of individual vouchers with name and address of shops with date against each sub heading in a separate annexure wherever required).

	दावे की राशि Amount claimed	स्वीकार्य राशि/Amount admissible (कार्यालय उपयोग हेतु)/for official use.
(i) कमरे का किराया / Room Rent :- आईसीयू/आईसीसीयू/वार्ड /ICU/CCU/WARD	: FROM _____ से /To _____ तक	
(ii) शुल्क / Charges for :		
(क) आपरेशन थियेटर / Operation Theatre	: _____	_____
(ख) आपरेशन थियेटर उपभोग्य / O.T. Consumables	: _____	_____
(ग) एनस्थिसिया / Anesthesia	: _____	_____

(घ)	प्रक्रिया /Procedure	:	_____	_____
(iii)	दवाईयां /Medicines	:	_____	_____
(iv)	इम्प्लांट जैसे पेसमेकर जाइन्ट रिप्लेसमेन्ट, कारनरी स्लेन्ट आदि (ब्यौरा) /Implants like pacemaker joint replacement, Coronary Slent etc. (Details).	:	_____	_____
(v)	कृत्रिम यंत्र (ब्यौरा) /Artificial devices	:	_____	_____
(vi)	प्रयोगशाला शुल्क /Lab Charges (अनुबंध में विवरण दिया जाए) / (Break-up given in Annexure).	:	_____	_____
(vii)	विशेष नर्स/आया यदि कोई हो Spl. Nurse/Aya, if any	:	_____	_____
(viii)	विविध / Miscellaneous	:	_____	_____
	कुल / TOTAL	:	_____	_____

दावेदार के हस्ताक्षर/Signature of Claimant _____
नाम बड़े अक्षरों में /Name in Block letters. _____
पता तथा दूरभाष यदि कोई हो /Address & Tele. No., if any _____

1. प्रमाणित किया जाता है कि संबद्ध बिल/वाउचर की मेरे द्वारा जांच कर ली गई है तथा उपरोक्त में दर्शाया गया व्यय सही है और दी गई उपचार सेवाएं अनिवार्य और न्यूनतम हैं जोकि रोगी के स्वास्थ्य लाभ के लिए आवश्यक थीं।/Certificate that the relevant bills/vouchers have been verified by me and the expenditure shown above is correct and the treatment services provided are essential and minimum that required for the recovery of the patient.
2. प्रमाणित किया जाता है कि विशेष नर्स/आया की सेवाएंसेतक रोगी के स्वास्थ्य लाभ के लिए अनिवार्य थीं।/Certified that the services of special nurse/Aya were required from _____ To _____ that were absolutely essential for the recovery of the patient.
3. विशिष्ट प्रक्रिया/किया गया आपरेशन _____ था।
Specific procedure/Operation performed was _____.

उपचार करने वाले विशेषज्ञ के कार्यालय मोहर सहित हस्ताक्षर
Signature of the Treating Specialist with official seal

अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा मोहर सहित
प्रतिहस्ताक्षर (केवल दाखिल रोगी उपचार के लिए)
Counter signed by Medical Superintendent of the
Hospital with seal (For Indoor treatment only).

परिशिष्ट / APPENDIX-XIII
चिकित्सा संबंधी दावों के लिए आवेदन-पत्र
FORM OF APPLICATIONS FOR MEDICAL CLAIMS

चिकित्सा – 97 / Med. 97

केन्द्र सरकार के कर्मचारी और उनके परिवार के सदस्यों द्वारा प्राधिकृत चिकित्सा परिचारी और अस्पताल दोनों से कराई गई चिकित्सा शुश्रूषा/उपचार के लिए चिकित्सा शुश्रूषा और/या उपचार के सम्बन्ध में खर्च किए गए चिकित्सा व्यय की वापसी के दावे के लिए आवेदन पत्र

Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance and/or treatment of Central Government servants and their families-For medical attendance/treatment taken both from an Authorized Medical Attendant and a Hospital

1. सरकारी कर्मचारी का नाम व पदनाम (स्पष्ट अक्षरों में) _____
Name and designation of Government servant (in Block Letters) _____
(i) क्या विवाहित हैं या अविवाहित/ Whether married or unmarried _____
(ii) यदि विवाहित हैं, तो पत्नी/पति की नियुक्ति का स्थान _____
If married, the place where wife/husband is employed _____
2. कार्यालय का नाम जहां कार्यरत हैं/ Office in which employed _____
- 3- सरकारी कर्मचारी का मूल नियमों में यथा परिभाषित वेतन और अन्य कोई परिलब्धियां, जिन्हें अलग से दर्शाया जाए/ Pay of the Government servant as defined in the Fundamental Rules and any other emoluments which should be shown separately _____
4. ड्यूटी का स्थान/ Place of duty _____
5. वास्तविक आवासीय पता/ Actual residential address _____
6. रोगी का नाम तथा सरकारी कर्मचारी के साथ उसका संबंध _____
(कृपया ध्यान दें) : बच्चों के मामले में आयु भी दर्शाएं _____
Name of the patient and his/her relationship to the Government servant _____
N.B.- In the case of children state age also. _____
7. स्थान जहां रोगी बीमार हुआ _____
Place at which the patient fell ill _____
8. दावा की गई राशि का ब्यौरा/ Details of the amounts claimed _____

I. चिकित्सा शुश्रूषा- / Medical Attendance-

- (i) परामर्श करने का शुल्क बताएं/ Fees for consultation indicating- _____
(क) परामर्शी चिकित्सा अधिकारी का नाम व पदनाम तथा अस्पताल या औषधालय जिससे संबंधित है/ The name and designation of the Medical Officer consulted and the hospital or dispensary to which attached _____

(ख) परामर्श की संख्या और तिथियां तथा प्रत्येक परामर्श के लिए दिया गया शुल्क / The number and dates of consultation and the fee paid for each consultation _____

(ग) इंजेक्शन की संख्या और तिथियां तथा प्रत्येक इंजेक्शन के लिए दिया गया शुल्क / The number and dates of injection and the fee paid for each injection _____

(घ) क्या परामर्श और/या इंजेक्शन्स अस्पताल में, चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में या रोगी के आवास पर हुआ था / Whether consultations and/or injections were had at the hospital, at the consulting room of the Medical Officer or at the residence of the patient _____

(ii) विकृतिजन्य, जीवाण्विक, रेडियोलॉजिकल या निदान के दौरान किए गए इसी प्रकार के अन्य परीक्षणों के लिए खर्च का विवरण / Charges for Pathological, Bacteriological, Radiological or other similar tests undertaken during diagnosis indicating- _____

(क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण किए गए; और / The name of the hospital or laboratory where undertaken; and _____

(ख) क्या परीक्षण प्राधिकृत चिकित्सा परिचारी की सलाह पर किए गए थे। यदि हां, तो उससे संबंधित एक प्रमाण-पत्र भी संलग्न किया जाए / Whether the tests were under-taken on the advice of the Authorized Medical Attendant. If so, a certificate to that effect should be attached _____

(iii) बाजार से खरीदी गई दवाइयों का मूल्य / Cost of medicines purchased from the market _____
(कैश मेमों और अनिवार्यता प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाए) / _____
(Cash memos and the Essentiality Certificates should be attached)

II. अस्पताल में इलाज / Hospital Treatment :

अस्पताल का नाम / Name of the Hospital : _____

अस्पताल में इलाज का खर्च जिसमें निम्नलिखित खर्चों को अलग से दर्शाया जाए _____

Charges for hospital treatment, indicating separately the charges for _____

(i) आवास (यह स्पष्ट करें कि क्या यह सरकारी कर्मचारी की हैसियत या वेतन के अनुरूप या तथा उन मामलों में जहां आवास सरकारी कर्मचारी की हैसियत से ऊपर है तो इस आशय का प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाए कि जिस आवास का वह पात्र था वह उपलब्ध नहीं था) / Accommodation (State whether it was according to the status or pay of the Government servant and in cases where the accommodation is higher than the status of the Government servant, a certificate should be attached to the effect that the accommodation to which he was entitled was not available) _____

- (ii) आहार / Diet _____
- (iii) शल्योपचार या चिकित्सा उपचार या प्रसूति / Surgical operation or medical treatment or confinement _____

- (iv) विकृतिजन्य, जीवाण्विक, रेडियोलॉजिकल या इसी प्रकार के अन्य परीक्षण जिनमें इंगित किया जाए / Pathological, Bacteriological, Radiological or other similar tests, indicating _____

- (क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ परीक्षण किए गए; और / The name of the hospital or laboratory at which undertaken; and _____
- (ख) अस्पताल के मामले में क्या यह प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर किए गए। यदि हाँ, तो इस आशय का प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाए / Whether undertaken on the advice of the Medical Officer in charge of the case at the hospital. If so, a certificate to that effect should be attached _____

- (v) दवाइयाँ / Medicines _____
- (vi) विशेष दवाइयाँ / Special medicines _____
- (कैश मेमों और अनिवार्यता प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाए) / (Cash memos and the Essentiality Certificates should be attached*
- (vii) साधारण उपचर्या (नर्सिंग) / Ordinary nursing _____
- (viii) विशेष उपचर्या अर्थात् रोगी के लिए नर्सों को विशेष रूप से नियुक्त किया गया। यह स्पष्ट करें कि क्या उन्हें अस्पताल में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर नियुक्त किया गया या सरकारी कर्मचारी अथवा रोगी के निवेदन पर रखा गया। पहले मामलों में अस्पताल में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी का प्रमाण-पत्र अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित संलग्न किया जाए / Special nursing, i.e., nurses, specially engaged for the patient. State whether they are employed on the advice of the Medical Officer in charge of the case at the hospital or at the request of the Government servant or patient. In the former case a certificate from the Medical Officer in charge of the case and countersigned by the Medical Superintendent of the hospital should be attached _____

- (ix) एम्बुलेंस प्रभार / Ambulance charges : _____
 (एम्बुलेंस से तक इस्तेमाल की गई)
 (State the journey to and fro undertaken)
- (x) कोई अन्य प्रभार उदाहरण के लिए बिजली, पंखे, हीटर, एयरकंडीशनर आदि की सुविधा हेतु प्रभार, यह स्पष्ट करें कि क्या यह सुविधाएं सामान्यतया रोगियों को दी जाने वाली सुविधाओं का हिस्सा होती हैं और रोगियों के पास कोई और विकल्प नहीं होता / Any other charges, e.g., charges for electric light, fan, heater, airconditioning, etc.

State also whether the facilities referred to are a part of the facilities normally provided to all patients and no choice was left to the patient _____

टिप्पणी 1: यदि सरकारी कर्मचारी द्वारा उपचार सी.एस.(एम.ए.) नियमावली 1944 के नियम 7 के तहत अपने निवास स्थान पर लिया गया है तो ऐसे उपचार का विवरण दें और प्राधिकृत चिकित्सक का प्रमाण-पत्र संलग्न करें जैसा कि इन नियमों के अनुसार आवश्यक है। If the treatment was received by the Government servant at his residence under Rule 7 of the CS (MA) Rules, 1944, give particulars of such treatment and attach a certificate from the Authorized Medical Attendant as required by these rules.

टिप्पणी 2: यदि उपचार सरकारी अस्पताल के अलावा किसी अन्य अस्पताल में कराया गया है तो आवश्यक ब्यौरा तथा प्राधिकृत चिकित्सक का यह प्रमाण-पत्र कि अपेक्षित उपचार किसी नजदीक के सरकारी अस्पताल में उपलब्ध नहीं था, प्रस्तुत किया जाए। If the treatment was received at a hospital other than a Government hospital, necessary details and the certificate of the Authorized Medical Attendant that the requisite treatment was not available in any nearest Government hospital should be furnished.

III विशेषज्ञों से परामर्श / Consultation with Specialist

प्राधिकृत चिकित्सक के अलावा विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी को अदा किया गया शुल्क, जिसमें निम्नांकित सूचना दी जाए
Fees paid to a Specialist or a Medical Officer other than the Authorized Medical Attendant, indicating-

- (क) उस विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी का नाम, पदनाम जिससे परामर्श लिया गया है तथा उस अस्पताल का नाम जिससे वह सम्बद्ध है / The name and designation of the Specialist or Medical Officer consulted and the hospital to which attached _____
- (ख) परामर्शों की संख्या व तारीखें तथा प्रत्येक परामर्श के लिए लिया गया शुल्क / Number and dates of consultations and the fees charged for each consultation. _____
- (ग) क्या परामर्श अस्पताल में, विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में लिया गया या रोगी के आवास पर / Whether consultation was had at the hospital, at the consulting room of the Specialist or Medical Officer or at the residence of the patient; and _____
- (घ) क्या विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से परामर्श प्राधिकृत चिकित्सक की सलाह पर किया गया और क्या राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी से पूर्व अनुमति प्राप्त कर ली गई थी। यदि हां, तो इस आशय का प्रमाण-पत्र संलग्न किया जाए / Whether the Specialist or Medical Officer was consulted on the advice of the Authorized Medical Attendant and the prior approval of the Chief Administrative Medical Officer of the State was obtained. If so, a certificate to that effect should be attached. _____

9 दावे की कुल राशि / Total amount claimed _____

10 दिनांक _____ को ली गई अग्रिम राशि को घटाने के बाद शेष राशि रु0 _____
Less advance taken on _____ Rs. _____

11 दावे की निबल राशि रु0 / Net amount claimed (Rs.) _____

12 अनुलग्नकों की सूची / List of enclosures _____

सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर की जाने वाली घोषणा
DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT

मैं एतद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि आवेदन पत्र में दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किए गए वह पूर्ण रूप से मुझ पर आश्रित है / I hereby declare that the statements in the application 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.

दिनांक / Date _____

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर और कार्यालय का नाम जहां वह कार्यरत है
Signature of the Government servant and Office to which attached

चिकित्सा 97-ए / Medical 97-A

केन्द्र सरकार के कर्मचारी और उनके परिवार के सदस्यों द्वारा अस्पताल में मेडिकल/उपचार के संबंध में किए गए व्यय की वापसी के दावे के लिए आवेदन पत्र / **Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance/treatment of Central Government servants or their families for treatment in a Hospital.**

चिकित्सा 97 के समान, सिर्फ कॉलम 8 को छोड़कर जिसमें निम्नलिखित दो मदें शामिल हैं:
Same as Med. 97 except that Item 8 contains the following two items only:-

I अस्पताल में इलाज / Hospital Treatment

II विशेषज्ञों से परामर्श / Consultation with Specialist

चिकित्सा 97-बी / Med. 97-B

केन्द्र सरकार के कर्मचारी और उनके परिवार के सदस्यों द्वारा प्राधिकृत मेडिकल अटेंडेंस द्वारा मेडिकल अटेंडेंस और/या उपचार के संबंध में किए गए व्यय की वापसी के दावे के लिए आवेदन पत्र / **Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance and/ or treatment of**

Central Government servants and their families – For Medical Attendance by Authorized Medical Attendant.

चिकित्सा 97 के समान, सिर्फ कॉलम 8 को छोड़कर जिसमें निम्नलिखित दो मदें शामिल हैं:
Same as Med. 97 except that Item 8 contains the following two items only:-

I मेडिकल अटेंडेंस/Medical Attendance-

II विशेषज्ञों से परामर्श/Consultation with Specialist-

परिशिष्ट / APPENDIX—XIV
अनिवार्यता प्रमाणपत्र / ESSENTIALITY CERTIFICATES
प्रमाणपत्र 'क' / CERTIFICATE 'A'

(उन रोगियों के बारे में भरा जाए जिन्हें उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती नहीं किया गया।)
(To be completed in the case of patient who are not admitted to hospital for treatment)

श्रीमती/श्री/कुमारी _____ पत्नी/सुपुत्र/सुपुत्री/_____ जो _____ में कार्य करती हैं/
Certificate granted to Mrs./Mr./Miss. _____ wife/son/daughter of Mr. _____ employed in the _____

- मैं, डा० _____ एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ –
I, Dr. _____ hereby certify –
- (क) कि मैंने _____ (तिथि दी जाए) को परामर्श/रोगी के घर में _____ के परामर्श के लिए _____ रु० चार्ज किए।
That I charged and received Rs. _____ for _____ consultations on _____ (dates to be given) at my consulting room/at the residence of the patient;
- (ख) कि मैंने _____ अपने परामर्श कक्ष/रोगी के आवास पर _____ को (तिथि दी जाए) इन्ट्रावीनस/इन्ट्रामस्क्यूलर/सबक्यूरेनियस टीका लगाने के लिए _____ रु० चार्ज किए।
That I charged and received Rs. _____ for administering _____ intravenous/intra-muscular/subcutaneous injections on _____ (dates to be given) at _____ my consulting room/the residence of the patient;
- (ग) कि लगाया गया टीका प्रतिरक्षण अथवा रोग निरोधी उद्देश्यों के लिए था/नहीं था/That the injections administered were not/ were for immunizing or prophylactic purposes; _____
- (घ) कि रोगी का उपचार _____ अस्पताल में/मेरे परामर्श कक्ष में किया गया है तथा रोगी के स्वास्थ्य की गंभीर स्थिति के स्वास्थ्य लाभ/ रोक हेतु मेरे द्वारा लिखी गई दवाईयां इस संबंध में आवश्यक थी। प्राइवेट रोगी की आपूर्ति हेतु दवाईयां _____ के स्टॉक में नहीं है (अस्पताल का नाम) तथा प्रौप्राइटरी दवाओं में शामिल नहीं है जिसके लिए समान उपचार मान के सस्ते पदार्थ उपलब्ध हैं और न ऐसी दवाएं हैं जो प्राथमिक रूप से खाद्य पदार्थ टॉयलेट्स अथवा असंक्रामक 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 deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the _____ (name of 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.
- | दवाईयों के नाम (Names of medicines) | मूल्य (Price) |
|-------------------------------------|---------------|
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ 4. |
- (ङ) कि रोगी _____ से पीड़ित है/था तथा रोगी मेरे द्वारा किए गए उपचार में _____ से _____ है/था।
that the patient is/was suffering from _____ and is/was under my treatment from _____

- _____ to _____.
- (च) कि रोगी को प्री-नेटल अथवा बाद का मेटल उपचार किया गया
that the patient is/was not given pre-natal or post-natal treatment; _____
- (छ) कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि जिसके लिए रु० खर्च किए गए, आवश्यक था तथा मेरी सलाह पर करवाये गए
(अस्पताल अथवा प्रयोगशाला का नाम)
that the X-ray, laboratory test, etc., for which an expenditure of Rs. _____ was incurred was necessary and were undertaken on my advice at _____
_____ (name of the hospital or laboratory);
- (ज) कि मैंने विशेष परामर्श के लिए चिकित्सक के पास भेजा तथा आवश्यक नियमानुसार अनुमोदन लिया गया था राज्य के मुख्य प्रशासनिक अधिकारी का नाम)।
that I referred the patient to Dr. _____ for Specialist consultation and that the necessary approval of the _____ (name of the Chief Administrative Officer of the State) as required under the rules was obtained;
- (झ) कि रोगी को अस्पताल में रखना आवश्यक था/नहीं था/that the patient did not require/ required hospitalization.

दिनांक / Dated _____

एएमए के हस्ताक्षर/चिकित्सा अधिकारी _____

का पदनाम/तथा अस्पताल/डिस्पेन्सरी _____

से जिससे संबंध है/ Signature of AMA/ _____

Designation of the Medical Officer & _____

hospital/ dispensary to which attached. _____

कृपया ध्यान दीजिए/ N.B. : प्रमाणपत्र में जो लागू न हो उसे काट दें। प्रमाणपत्र आवश्यक है तथा सभी मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाए।/Certificates not applicable should be struck off. Certificate (e) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

अनिवार्यता प्रमाणपत्र ESSENTIALITY CERTIFICATES

टिप्पणी 1 : उन मामलों में जहां रात्रि के दौरों के लिए (10 रात्रि तथा 6.00 सुबह के बीच) एएमए द्वारा परामर्श शुल्क की दोगुनी दरें चार्ज की जाती हैं वहां एएमए को एक प्रमाणपत्र संलग्न करना होगा जिसमें यह दर्शाना होगा कि रात्रि परामर्श क्यों आवश्यक था। (जीआई, एमएच, कार्यालय आदेश संख्या एफ-28-57/60 एच I दिनांक 4 अप्रैल, 1962)।

In case where double the rates of consultation fees are charged by the AMA for night visits (between 10 p.m. and 6 a.m.) the AMA should furnish a certificate showing why the night consultation was necessary.

(G.I., M.H., O.M. No. F. 28-57/60-H.I., dated the 4th April, 1962)

टिप्पणी 2 : उपरोक्त प्रमाणपत्र चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्राप्त भुगतानों के लिए नियमित प्राप्ति समझा जाए जिसमें यदि भुगतान 20 रुपये से ज्यादा होगा तो उसमें अनिवार्य प्रमाणपत्र पर एक राजस्व टिकट चिपकाना आवश्यक होगा तथापि परामर्श के लिए विशेषज्ञों से अलग मोहर (मोहर जहां आवश्यक है) आवश्यक होगी जहां।

(जीआई, एमएच, कार्यालय आदेश संख्या एफ-28-57/60 एच I दिनांक 30 जनवरी, 1961)

The above certificate may be deemed to be regular receipts for the payments received by the medical Officers, who will be required to affix a revenue stamps on the Essentiality Certificate itself when the payment exceeds Rs. 20. Separate receipts (stamped where necessary) would however be necessary from the Specialists for consultation with them, who do not sign the Essentiality Certificates.

(G.I., M.H., O.M. No. F. 28-57/60-H.I., dated the 30th January, 1961)

टिप्पणी 3 : जहां सरकारी अस्पतालों द्वारा जारी पावती प्राधिकृत प्रपत्र (मुद्रित एवं अंकित) पर है और इन पावतियों की राशि अनिवार्यता प्रमाणपत्र के रूप में शामिल है, ऐसी पावतियों पर प्रतिहस्ताक्षर की आवश्यकता नहीं है।

(जीआई, एमएच, कार्यालय आदेश संख्या एफ-61(1)-ई0 वी/60, दिनांक 29 फरवरी, 1961)

Where the receipts issued by the Government hospitals are on authorized forms (printed and numbered) and the amount of these receipts is incorporated in body of the Essentiality Certificate, countersignature of such receipts need not be insisted upon).

(G.I., M.H., O.M. No. F. 61(1)-E. V/60, dated the 29th February,, 1961)