

संचिका सं०-14/विधि-04/12 647(14)  
बिहार सरकार  
स्वास्थ्य विभाग

प्रेषक,

विमला प्रसाद  
सरकार के संयुक्त सचिव  
सेवा में,

सभी विभागीय सचिव, बिहार  
सभी विभागाध्यक्ष, बिहार,  
सभी प्रमंडलीय आयुक्त, बिहार

26/03/12/5-4

S. (P.) विषय:- सरकारी सेवकों के चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावों के उपस्थापन की प्रक्रिया। पटना, दिनांक 26/03/12

महाशय,

निदेशानुसार कहना है कि सरकारी सेवकों एवं उनके आश्रितों की चिकित्सा पर हुए व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु भारी संख्या में दावे प्रशासी विभाग/वित्त विभाग में प्राप्त होते हैं। परन्तु दावों के प्रस्तुतीकरण में अस्पष्टता रहने के कारण इनपर निर्णय लेने में कठिनाई होती है तथा निर्णय में विलंब होता है।

अतः प्रतिपूर्ति की प्रक्रिया के सरलीकरण हेतु निर्णय लिया गया है कि सभी प्रतिपूर्ति दावे स्वास्थ्य विभाग के संकल्प सं० 1182 (14) दिनांक 6.2.2006 में विहित प्रक्रिया का अनुपालन करते हुए संलग्न प्रपत्र-1 के अनुसार जाँच पत्र तथा प्रपत्र-II के अनुसार अनिश्रियों के विवरण के साथ ही कार्यालय प्रधान के माध्यम से प्रशासी विभाग/नियंत्रण पदाधिकारी के समक्ष स्वीकृति हेतु भेजे जाय।

इसका अनुपालन सुनिश्चित करने हेतु, कृपया अपने सभी अधीनस्थ कार्यालयों/सरकारी सेवकों को इससे अवगत करा दिया जाय।  
अनुलग्नक-यथापरि।

विमलासभाजन

26/3/12

(विमला प्रसाद)

सरकार के संयुक्त सचिव  
21.3.12

## जांच पत्र-। (चिकित्सा प्रतिपूर्ति)

1. सरकारी सेवक के कार्यालय का नाम:-
2. सरकारी सेवक का नाम एवं पदनाम:-
3. सरकारी सेवक स्वयं बीमार नहीं हो, तो सरकारी सेवक के बीमार आश्रित का नाम एवं सरकारी सेवक से संबंध :-
4. रोग का नाम:-
5. चिकित्सा राये गये सरकारी/सी०जी०एच०एस० से मान्यता प्राप्त/अन्य अस्पताल का नाम:-
6. चिकित्सा की अवधि तथा चिकित्सा कराने की प्रकृति  
(क) अंतर्वासी-कब से कब तक  
(ख) वहिर्वासी-कब से कब तक
7. रेफर करने वाले अस्पताल/चिकित्सा संस्थान का नाम:-
8. यदि रेफर नहीं है तो बाध्यकारी स्थिति का स्पष्ट विवरण:-
9. राज्य के बाहर चिकित्सा कराने हेतु सक्षम प्राधिकार की अनुशंसा है या नहीं :-
10. यदि नहीं है, तो बाध्यकारी स्थिति का स्पष्ट विवरण:-
11. राज्य के बाहर प्राधिकृत चिकित्सक द्वारा रेफर किए गए मान्यता प्राप्त अस्पताल में ईलाज कराया गया है या उससे अलग :-
12. यदि अलग कराया गया है तो उसके लिए बाध्यकारी परिस्थिति का स्पष्ट विवरण:-
13. क्या रोगी हृदय रोग से ग्रसित है :-
14. यदि हृदय रोग से ग्रसित है तो हृदय में लगाये गये उपकरण का नाम:-
15. अन्य लगाए गए उपकरण का नाम:-
16. डिस्चार्ज समरी का मूल या अभिप्रमाणित-प्रति संलग्न किया जाय:-
17. हॉस्पिटल द्वारा अनुशंसित राशि:-
18. क्रय किये गये औषधियों/जांच से संबंधित अभिश्रव/विपत्र (मूल रूप (मूल रूप में) संबंधित संस्थान के चिकित्सक के द्वारा मुहर के साथ हस्ताक्षरित है या नहीं:-
19. प्रतिपूर्ति प्रमाण-पत्र अस्पताल/संस्थान के अधीक्षक/निदेशक द्वारा मुहर के साथ प्रतिहस्ताक्षरित है या नहीं:-

सरकारी सेवक का हस्ताक्षर

अग्रसारित करने वाले पदा० का हस्ताक्षर एवं मुहर

## अभिश्चवों की विवरणी- ॥

क्रम सं०	अभिश्चव सं०	अभिश्चव की तिथि	राशि	पृष्ठ सं०
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
कुल राशि:-				

सरकारी सेवक का हस्ताक्षर

अग्रसारित करने वाले पदा० का हस्ताक्षर एवं मुहर