

मेडिकल 97-बी

सरकारी कर्मचारियों और उनके परिवार के सदस्यों का चिकित्सा सहायता और/या उपचार के संबंध में हुए चिकित्सा व्यय की वापसी के दावे हेतु आवेदन का प्रपत्र – अधिकृत चिकित्सा सहायक (ए.एम.ए.) द्वारा चिकित्सा सहायता हेतु

1.	सरकारी कर्मचारी का नाम और पदनाम (साफ अक्षरों में)	:	
	क. विवाहित या अविवाहित	:	
	ख. यदि विवाहित है तो पत्नी/पति के कार्यस्थल का विवरण	:	
2.	कार्यालय का नाम	:	
3.	कर्मचारी का वेतन, जैसाकि मूल नियमों में परिभाषित है, और अन्य परिलब्धियां जिन्हें अलग-अलग दिखाया जाय।	:	
4.	कार्यस्थल	:	
5.	आवासीय पता	:	
6.	रोगी का नाम और उसका सरकारी कर्मचारी से संबंध	:	
7.	स्थान का नाम जहां रोगी बीमार हुआ	:	
8.	दावे की राशि का विवरण	:	

I चिकित्सा सहायता (Medical Attendance) -			
1.	परामर्श शुल्क -	:	
	(क) परामर्श देने वाले चिकित्सा अधिकारी का नाम व पदनाम और अस्पताल या डिस्पेंसरी जिससे संबद्ध हैं।	:	
	(ख) परामर्शों की संख्या और तिथियां तथा प्रत्येक परामर्श हेतु दिया गया शुल्क	:	
	(ग) इंजेक्शनों की संख्या और तिथियां तथा प्रत्येक इंजेक्शन के लिए दिया गया शुल्क	:	
	(घ) क्या परामर्श और/या इंजेक्शन अस्पताल, चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष या रोगी के घर पर लगाए/लिए गए	:	

2.	डाइग्नोसिस के दौरान किए गए पथोलोजिकल, बैक्टियोलोजिकल, रेडियोलोजिकल या अन्य इसी तरह के परीक्षणों हेतु प्रभार - (क) अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण किए गए; और (ख) क्या परीक्षण ए.एम.ए. की सलाह पर किए गए। यदि हां तो, इस संबंध में प्रमाण-पत्र संलग्न करें।	:	:
3.	मार्केट से खरीदी गई दवाइयों की लागत (कैश मेमो और आवश्यक प्रमाण-पत्र संलग्न करें)	:	:

II विशेषज्ञ से परामर्श (Consultation with Specialist) -			
विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी, ए.एम.ए. के अलावा, को दिया गया शुल्क -			
(क)	विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी जिनसे परामर्श लिया गया, का नाम और पदनाम तथा अस्पताल जिनसे संबद्ध हैं।	:	:
(ख)	परामर्शों की संख्या और तिथियां तथा प्रत्येक परामर्श हेतु दिया गया शुल्क।	:	:
(ग)	क्या परामर्श अस्पताल, विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष या रोगी के घर पर लिए गए।	:	:
(घ)	क्या विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी से ए.एम.ए. की सलाह पर और राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी की पूर्व स्वीकृति से परामर्श लिए गए, यदि हां तो इस संबंध में प्रमाण-पत्र संलग्न करें।	:	:
9.	दावे की कुल राशि	:	रूपये
10.	लिए गए अग्रिम को कम करके	:	रूपये
11.	दावे की कुल राशि	:	रूपये
12.	अनुलग्नकों की सूची	:	:

घोषणा : सरकारी कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर हेतु

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन-पत्र में दिए गए विवरण मेरी पूर्ण जानकारी और विश्वास में सत्य हैं और जिस व्यक्ति के संबंध में चिकित्सा खर्च किया गया है, वह मेरे ऊपर पूर्ण रूप से आश्रित है।

सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर और
कार्यालय का नाम जिससे संबद्ध हैं

दिनांक