



**योजना एवं वास्तुकला विद्यालय, भोपाल**  
**SCHOOL OF PLANNING AND ARCHITECTURE, BHOPAL**

FA-15

स्थानीय चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु प्रपत्र / Form for claiming refund of domiciliary medical expenses

**व्यक्तिगत जानकारी / Personal Details:**

1	कर्मचारी का नाम एवं पद / Name and Designation of Employee	
2	वेतनमान / Pay Band and AGP/Grade Pay	
3	आवासीय पता / Residential Address	
4	1. रोगी का नाम / Name of the Patient 2. आयु एवं कर्मचारी से संबंध / Age & Relation with employee	
5	क्या मरीज कर्मचारी पर पूरी तरह निर्भर हैं / Whether patient fully dependent on employee	

**चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रमाणित जानकारी / Details to be certified by the medical officer:**

1	परामर्श शुल्क (बिल / पावती संलग्न करें) / Consultation fee (Bill/Receipt is to be attached)	1		
		2		
		3		
		4		
		कुल / Total		
2	क्लीनिक से दी गई दवाईयों की कीमत / Value of Medicine from clinic			
3	क्लीनिक से इंजेक्शन / Injections from Clinic: अंतः शिरा / Intra venous _____ अंतेपीरीय / Intra Muscular _____ अत्वचीय / Sub-cutaneous _____	प्रबंध चार्ज / Administering Charge	दवा की लागत / Cost of Medicine	
4	पैथोलॉजी शुल्क / Pathology Charges टेस्ट का नाम / Name of Test 1 2 3 4 ( प्रमाण पत्र / बिल प्रस्तुत किया जाना है ) / ( certificates /bills/ receipts to be furnished )			
5	बाजार से क्रय की गई दवायें / Medicines from the market दवाईयों के नाम Name of Medicine	राशि   Amount	कुल / Total:  कुल / Total: (यदि आवश्यक हो तो सेप्ट शीट का प्रयोग करें, दवा के पर्वे एवं नगदी रशीद ढाँचे द्वारा हस्ताक्षरित स्टॉप के साथ सेप्रेट शीट में हानी चाहिए) (use separate sheet if necessary, prescriptions and cash memos duly signed and stamped by the doctor to be furnished separately)	
			कुल दवा की गई राशि / Total Claim amt.	स्वीकार्य योग्य राशि / Admissible Amount

मैं डॉ. ..... (नाम के साथ उच्च योग्यता) यह प्रमाणित करता हूं कि:  
अ. श्री/ श्रीमती/ सुश्री ..... रोग ..... से ग्रसित थे।  
एवं उनके द्वारा दिनांक ..... से ..... तक मेरे अधीन उपचार कराया गया है।  
ब. मेरे द्वारा रूपये ..... परामर्श/ इंजेक्शन/ दवाईयाँ की लागत का दावा कर राशि प्राप्त कर ली गई है।  
स. एक्सरे, प्रयोगशाला परीक्षण व अन्य के लिये रूपये ..... जो खर्च किये गए थे, का परीक्षण आवश्यक था।  
द. इंजेक्शन निवारण या रोगनिरोधी नहीं थे।  
इ. प्रयोगशाला परीक्षण इंजेक्शन एवं दवाईयाँ मेरे द्वारा परामर्श की गई हैं, जो ऊपर उल्लेखित हैं जो रोगी के इलाज हेतु आवश्यक थी और औषधि की तैयारी जिसके लिये सामान्य चिकित्सीय मूल्य के पदार्थ उपलब्ध हैं जो मुख्य रूप से भोजन, प्रसाधन या कीटाणुनाशक है, शामिल नहीं है।  
फ. मैंने रोगी को डॉ. ..... (योग्यता के साथ) विशेषज्ञ परामर्श के लिये भेजा है।

I Dr. ..... (Name with highest qualification) hereby certify that:

a. Mr/Mrs/Ms ..... was suffering from .....  
and was under my treatment from ..... to .....  
b. I charged and received Rs. ..... towards consultation/administering injection/cost of medicine.  
c. The X-ray, Laboratory tests etc for which an expenditure of Rs. ..... was incurred, were necessary.  
d. The injections administered were not for immunizing or prophylactic purpose.  
e. The laboratory tests, injections and the medicines prescribed by me, as stated above, were essential for the recovery of the patient and do not include proprietary preparation for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily food, toiletry or disinfectants.  
f. I referred the patient to Dr. ..... (with qualification) for specialist consultation.

(चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर योग्यता एवं पंजीयन क्र. संहित)  
(Signature of the Medical Officer with qualification and Reg.No.)

कर्मचारी द्वारा प्रमाणित/ Certificate by the Employee  
मैं ..... यह प्रमाणित करता हूं कि उपरोक्त लिखित जानकारी सत्य है एवं किसी भी प्रकार की त्रुटि पाये जाने पर अनुशासनिक कार्यवाही के लिये मैं स्वयं जिम्मेदार रहूंगा। / I ..... hereby certify that the details furnished above are true, and if found to be false at any time, I shall be liable to disciplinary action.

दिनांक/ Date:

कर्मचारी के हस्ताक्षर / Signature of the Employee

कार्यालय प्रयोग हेतु/ For Office Use Only

दावा राशि का भुगतान / Claim passed for payment of ₹ ...../- (₹ .....)

कार्य सहायक  
Dealing Assistant

अनुभाग अधिकारी  
Section Officer

उपकुलसचिव  
Dy. Registrar

कुलसचिव  
Registrar