



उत्तर प्रदेश शासन  
चिकित्सा अनुभाग-6  
संख्या- 474 / पांच-6-14-1082 / 87टीसी  
लखनऊ: दिनांक: 04 मार्च, 2014

### अधिसूचना

#### प्रकीर्ण

संविधान के अनुच्छेद 309 के परन्तुक द्वारा प्रदत्त शक्ति का प्रयोग करके राज्यपाल उत्तर प्रदेश सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली, 2011 में संशोधन करने की दृष्टि से निम्नलिखित नियमावली बनाते हैं:-

उत्तर प्रदेश सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) (प्रथम संशोधन) नियमावली, 2014

संक्षिप्त नाम और प्रारम्भ	1— यह नियमावली उत्तर प्रदेश सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) (प्रथम संशोधन) नियमावली, 2014 कही जाएगी।								
नियम-3 का संशोधन	2— उत्तर प्रदेश सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली, 2011 जिसे आगे उक्त नियमावली कहा गया है, के नियम-3 में नीचे स्तम्भ 1 में दिये गये विद्यमान खण्ड (च) और (झ) के स्थान पर स्तम्भ 2 में दिये गये खण्ड रख दिये जाएंगे, अर्थात्:								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">स्तम्भ-1</th> <th style="text-align: center;">स्तम्भ-2</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">विद्यमान खंड</th> <th style="text-align: center;">एतद्वारा प्रतिरक्षापित खंड</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(च) "परिवार का तात्पर्य"- (एक) सेवा के सदस्य का, यथारिति पति या पत्नी, और (दो) माता-पिता, बच्चे, सौतेले बच्चे, अविवाहित/ तलाकशुदा/ परिव्यक्त पुत्री, अविवाहित/ तलाकशुदा/ परिव्यक्त वहने, अवस्थक भाई, सौतेली भाता</td> <td>(च) "परिवार" का तात्पर्य:- (एक) सेवा के सदस्य का, यथा स्थिति, पति या पत्नी, और (दो) माता-पिता, बच्चे, सौतेले बच्चे, अविवाहित/ तलाकशुदा/ परित्यक्त पुत्री, अविवाहित/ तलाकशुदा/ परित्यक्त वहने, अवस्थक भाई और सौतेली माता से है,</td> </tr> <tr> <td>(झ)</td> <td> <p>जो सरकारी सेवक पर पूर्णतः आश्रित है और सामान्यतया सरकारी सेवक के साथ निवास कर रहे हैं।</p> <p>टिप्पणी-1 किसी परिवार के ऐसे सदस्यों, जिनकी उपचार आरम्भ होने के समय पर सभी स्रोतों से आय ₹0-3500/- और ₹0-3500/- प्रतिमाह की मूल फैशन पर अनुमन्य मंहगाई के योग से अधिक न हो, को पूर्णतया आश्रित माना जाएगा।</p> <p>टिप्पणी-2 आश्रितों के लिये आयु सीमा निम्नवत् होगी:-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) पुत्र— सेवायोजित हो जाने या 25 वर्ष की आयु प्राप्त कर लेने या विवाहित हो जाने तक, जो भी पहले हो।</li> <li>(2) पुत्री— सेवायोजित हो जाने या विवाहित हो जाने तक, जो भी पहले हो।</li> <li>(3) ऐसा पुत्र जो मानसिक या शारीरिक स्थायी निःशक्तता से ग्रस्त हो—जीवन पर्यन्त</li> <li>(4) तलाकशुदा/पति से परित्याजित/विधवा आश्रित पुत्रियाँ और अविवाहित/ तलाकशुदा/पति से परित्याजित विधवा आश्रित वहने—जीवन पर्यन्त</li> <li>(5) अवस्थक भाई— वयस्कता प्राप्त करने तक।</li> </ul> <p>(झ) (एक) 'सरकारी चिकित्सालय' का तात्पर्य राज्य सरकार अथवा केन्द्र सरकार द्वारा चलाये जा रहे या किसी सरकारी चिकित्सा महाविद्यालय से सहबद्ध चिकित्सालय से है,</p> <p>(दो) 'प्राधिकृत संविदाकृत चिकित्सालयों का तात्पर्य ऐसे चिकित्सालयों से</p> </td></tr> </tbody> </table>	स्तम्भ-1	स्तम्भ-2	विद्यमान खंड	एतद्वारा प्रतिरक्षापित खंड	(च) "परिवार का तात्पर्य"- (एक) सेवा के सदस्य का, यथारिति पति या पत्नी, और (दो) माता-पिता, बच्चे, सौतेले बच्चे, अविवाहित/ तलाकशुदा/ परिव्यक्त पुत्री, अविवाहित/ तलाकशुदा/ परिव्यक्त वहने, अवस्थक भाई, सौतेली भाता	(च) "परिवार" का तात्पर्य:- (एक) सेवा के सदस्य का, यथा स्थिति, पति या पत्नी, और (दो) माता-पिता, बच्चे, सौतेले बच्चे, अविवाहित/ तलाकशुदा/ परित्यक्त पुत्री, अविवाहित/ तलाकशुदा/ परित्यक्त वहने, अवस्थक भाई और सौतेली माता से है,	(झ)	<p>जो सरकारी सेवक पर पूर्णतः आश्रित है और सामान्यतया सरकारी सेवक के साथ निवास कर रहे हैं।</p> <p>टिप्पणी-1 किसी परिवार के ऐसे सदस्यों, जिनकी उपचार आरम्भ होने के समय पर सभी स्रोतों से आय ₹0-3500/- और ₹0-3500/- प्रतिमाह की मूल फैशन पर अनुमन्य मंहगाई के योग से अधिक न हो, को पूर्णतया आश्रित माना जाएगा।</p> <p>टिप्पणी-2 आश्रितों के लिये आयु सीमा निम्नवत् होगी:-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) पुत्र— सेवायोजित हो जाने या 25 वर्ष की आयु प्राप्त कर लेने या विवाहित हो जाने तक, जो भी पहले हो।</li> <li>(2) पुत्री— सेवायोजित हो जाने या विवाहित हो जाने तक, जो भी पहले हो।</li> <li>(3) ऐसा पुत्र जो मानसिक या शारीरिक स्थायी निःशक्तता से ग्रस्त हो—जीवन पर्यन्त</li> <li>(4) तलाकशुदा/पति से परित्याजित/विधवा आश्रित पुत्रियाँ और अविवाहित/ तलाकशुदा/पति से परित्याजित विधवा आश्रित वहने—जीवन पर्यन्त</li> <li>(5) अवस्थक भाई— वयस्कता प्राप्त करने तक।</li> </ul> <p>(झ) (एक) 'सरकारी चिकित्सालय' का तात्पर्य राज्य सरकार अथवा केन्द्र सरकार द्वारा चलाये जा रहे या किसी सरकारी चिकित्सा महाविद्यालय से सहबद्ध चिकित्सालय से है,</p> <p>(दो) 'प्राधिकृत संविदाकृत चिकित्सालयों का तात्पर्य ऐसे चिकित्सालयों से</p>
स्तम्भ-1	स्तम्भ-2								
विद्यमान खंड	एतद्वारा प्रतिरक्षापित खंड								
(च) "परिवार का तात्पर्य"- (एक) सेवा के सदस्य का, यथारिति पति या पत्नी, और (दो) माता-पिता, बच्चे, सौतेले बच्चे, अविवाहित/ तलाकशुदा/ परिव्यक्त पुत्री, अविवाहित/ तलाकशुदा/ परिव्यक्त वहने, अवस्थक भाई, सौतेली भाता	(च) "परिवार" का तात्पर्य:- (एक) सेवा के सदस्य का, यथा स्थिति, पति या पत्नी, और (दो) माता-पिता, बच्चे, सौतेले बच्चे, अविवाहित/ तलाकशुदा/ परित्यक्त पुत्री, अविवाहित/ तलाकशुदा/ परित्यक्त वहने, अवस्थक भाई और सौतेली माता से है,								
(झ)	<p>जो सरकारी सेवक पर पूर्णतः आश्रित है और सामान्यतया सरकारी सेवक के साथ निवास कर रहे हैं।</p> <p>टिप्पणी-1 किसी परिवार के ऐसे सदस्यों, जिनकी उपचार आरम्भ होने के समय पर सभी स्रोतों से आय ₹0-3500/- और ₹0-3500/- प्रतिमाह की मूल फैशन पर अनुमन्य मंहगाई के योग से अधिक न हो, को पूर्णतया आश्रित माना जाएगा।</p> <p>टिप्पणी-2 आश्रितों के लिये आयु सीमा निम्नवत् होगी:-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) पुत्र— सेवायोजित हो जाने या 25 वर्ष की आयु प्राप्त कर लेने या विवाहित हो जाने तक, जो भी पहले हो।</li> <li>(2) पुत्री— सेवायोजित हो जाने या विवाहित हो जाने तक, जो भी पहले हो।</li> <li>(3) ऐसा पुत्र जो मानसिक या शारीरिक स्थायी निःशक्तता से ग्रस्त हो—जीवन पर्यन्त</li> <li>(4) तलाकशुदा/पति से परित्याजित/विधवा आश्रित पुत्रियाँ और अविवाहित/ तलाकशुदा/पति से परित्याजित विधवा आश्रित वहने—जीवन पर्यन्त</li> <li>(5) अवस्थक भाई— वयस्कता प्राप्त करने तक।</li> </ul> <p>(झ) (एक) 'सरकारी चिकित्सालय' का तात्पर्य राज्य सरकार अथवा केन्द्र सरकार द्वारा चलाये जा रहे या किसी सरकारी चिकित्सा महाविद्यालय से सहबद्ध चिकित्सालय से है,</p> <p>(दो) 'प्राधिकृत संविदाकृत चिकित्सालयों का तात्पर्य ऐसे चिकित्सालयों से</p>								













स्तम्भ-१  
विद्यमान परिशिष्ट  
परिशिष्ट 'ग'  
(भाग—पॉच—नियम—१६ तथा १८ देखें)

सेवा में,

कार्यालयाध्यक्ष का नाम

विषय: चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति।

महोदय,

मैं ..... / मेरे पारिवारिक सदस्य (नाम) .....

..... ने ..... (बीमारी का नाम) के लिये .....

..... (दिनांक) से ..... तक ..... (चिकित्सालय का नाम) में उपचार करवाया है। मैं निम्नलिखित दस्तावेजों के साथ प्रतिपूर्ति के लिये दावा प्रस्तुत कर रहा हूँ :—

1. उपचारी चिकित्सक/चिकित्सालय के अधीक्षक द्वारा हस्ताक्षरित/प्रतिहस्ताक्षरित अनिवार्यता प्रमाण—पत्र।
2. उपचारी चिकित्सक द्वारा विधिवत् हस्ताक्षरित एवं सत्यापित मूल नकद पर्ची (कैश मेमो), बीजक (बिल), बाउचर।
3. यह प्रमाणित किया जाता है कि उपर नामित पारिवारिक सदस्य मुझ पर पूर्णतया आश्रित हैं।

मेरे उपचारार्थ ..... के पत्र संख्या ..... दिनांक .....  
द्वारा स्वीकृत रु० ..... के अग्रिम का समायोजन करने के पश्चात मेरे दावे की प्रतिपूर्ति के लिये यथा आवश्यक कार्यवाही करने की कृपा करें।

दिनांक.....

अधिकारी/कर्मचारी का नाम

पदनाम:

तैनाती का स्थान

स्तम्भ--२

एतदद्वारा प्रतिस्थापित परिशिष्ट  
परिशिष्ट 'ग'  
(भाग—पाँच—नियम—१६ तथा १८ देखें)

सेवा में,

कार्यालयाध्यक्ष का नाम

विषय: चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति।

महोदय,

मैं ..... / मेरे पारिवारिक सदस्य (नाम) .....

..... ने ..... (बीमारी का नाम) के लिये .....

..... (दिनांक) से ..... तक ..... (चिकित्सालय का नाम) में उपचार करवाया है। मैं निम्नलिखित दस्तावेजों के साथ प्रतिपूर्ति के लिये दावा प्रस्तुत कर रहा हूँ :—

1. उपचारी चिकित्सक/चिकित्सालय के अधीक्षक द्वारा हस्ताक्षरित/प्रतिहस्ताक्षरित अनिवार्यता प्रमाण—पत्र।
2. उपचारी चिकित्सक द्वारा विधिवत् हस्ताक्षरित एवं सत्यापित मूल नकद पर्ची (कैश मेमो), बीजक (बिल), बाउचर।
3. यह प्रमाणित किया जाता है कि उपर नामित पारिवारिक सदस्य मुझ पर पूर्णतया आश्रित हैं और सामान्यतया मेरे साथ निवास करता है।

मेरे उपचारार्थ ..... के पत्र संख्या ..... दिनांक .....  
द्वारा स्वीकृत रु० ..... के अग्रिम का समायोजन करने के पश्चात मेरे दावे की प्रतिपूर्ति के लिये यथा आवश्यक कार्यवाही करने की कृपा करें।

दिनांक.....

अधिकारी/ कर्मचारी का नाम

पदनाम:

तैनाती का स्थान

आझा से.

(प्रवीर कुमार)

प्रमुख सचिव।

संख्या- 474 (1) / पाँच-6-14 तददिनांक

प्रतिलिपि संयुक्त निदेशक, राजकीय मुद्राणालय, ऐशबाग, लखनऊ को अधिसूचना के अंग्रेजी रूपान्तर की प्रति सहित इस आशय से प्रेषित कि अधिसूचना को असाधारण गजट के विधायी परिशिष्ट भाग-4, खण्ड-ख में दिनांक 04.03.2014 को प्रकाशित करायें तथा अधिसूचना की 2000 (दो हजार) प्रतियां शासन के चिकित्सा अनुभाग-6 को शीघ्र उपलब्ध कराने का कष्ट करें।

आज्ञा से,

(यतीन्द्र मोहन)  
संयुक्त सचिव।

संख्या- 474 (2) / पाँच-6-14 तददिनांक

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित :-

1. महालेखाकार, उ0प्र0, इलाहाबाद।
2. शासन के समरत प्रमुख सचिव/सचिव
3. समरत मण्डलायुक्त/जिलाधिकारी, उ0प्र0
4. महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, उ0प्र0 लखनऊ।
5. महानिदेशक, परिवार कल्याण/महानिदेशक, चिकित्सा शिक्षा, उ0प्र0 लखनऊ।
6. निदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, स्वास्थ्य भवन, उ0प्र0 लखनऊ को इस आशय से प्रेषित कि अपने रत्तर से समरत मुख्य चिकित्सा अधिकारी/मुख्य चिकित्सा अधीक्षक, जिला/संयुक्त चिकित्सालय (पुरुष/महिला)एउ0प्र0 को भेजने का कष्ट करें।
7. समरत विभागाध्यक्ष/प्रमुख कार्यालयाध्यक्ष
8. समरत मुख्य चिकित्सा अधिकारी/मुख्य चिकित्सा अधीक्षक, जिला/संयुक्त चिकित्सालय (पुरुष/महिला)एउ0प्र0
9. स्थानिक आयुक्त, 14 कस्तूरबा गांधी मार्ग, नई दिल्ली।
10. उ0प्र0 सचिवालय के समरत अनुभाग।
- ✓11. विभागीय बेब मार्टर को इस निर्देश के साथ प्रेषित कि उक्त अधिसूचना को चिकित्सा विभाग की वेबसाइट पर अविलम्ब लोड करने का कष्ट करें।
12. गार्ड फाइल।

आज्ञा से,

३५४  
(यतीन्द्र मोहन)  
संयुक्त सचिव।

OFFICE SRO (ADMIN)  
Regn. No. 1/244  
Date 29/11/14

Office of SRO (Telecom)  
Reg. No. 461  
Date 28/11/14  
FAX NO. : 05222782000

Office of SRO (Telecom)  
Reg. No. 461  
Date 28/11/14  
रजिस्ट्रेशन नं. 1109  
प्राप्ति का दिनांक 31/11/14  
लिपिक के हस्ताक्षर  
मुख्यालय, इलाहाबाद-1  
दिनांक: जनवरी, 27, 2014

उत्तर प्रदेश पुलिस  
संख्या: रेईस-चिकित्सा निर्देश-2011  
सेवा में,

विषय:-

समस्त विभागाध्यक्ष/कार्यालयाध्यक्ष,  
पुलिस विभाग, उत्तर प्रदेश।  
सेवानिवृत्त पुलिस अधिकारियों/कर्मचारियों के चिकित्सा प्रतिपूर्ति के दावे का  
प्रस्तुतीकरण/निस्तारण।

कृपया उपर्युक्त विषयक पुलिस अधीक्षक, भवन/कल्याण, उपरोक्त के समसंबंधक परिपत्र दिनांक 13.1.2014 का अवलोकन करें। उक्त को अवक्षमित करते हुए अवगत करना है कि अधिसूचना संख्या: 2275/5-6-11-1082/87 दिनांक 20.9.2011 द्वारा प्रदत्त उत्तर प्रदेश सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमवली-2011 के भाग-पॉच के प्रस्तार-16 में स्पष्ट रूप से अंकित किया गया है कि पेशनभोगी का प्रतिपूर्ति दावा उस जिला के कार्यालयाध्यक्ष को प्रस्तुत किया जायेगा जहाँ से वह पेशन आहरित कर रहा है। जहाँ ऐसा कोई कार्यालय न हो वहाँ संबंधित जिले का जिला मणिस्ट्रेट इस प्रयोजनार्थ कार्यालयाध्यक्ष और विभागाध्यक्ष होगा।

2. इस संबंध में तात्कालीन अपर पुलिस महानिदेशक, मुख्यालय के परिपत्र संख्या: 12/ए-चिकित्सा निर्देश-2011 दिनांक 8.10.2011 द्वारा भी पूर्वतः निर्देश निर्गत किये जा चुके हैं।

3. कृपया तदनुसार कार्यवाही करने का कष्ट करें।

DIG (Telecom)

For n.a.

Addl. D.G.P. (Telecom) U.P.  
28/11/2014

05/AC4

Ri (os)  
28/11/14

SRO/A

DIG (Telecom)  
29/11/14

DR सूर्य कुमार  
अपर पुलिस महानिदेशक, मुख्यालय  
उत्तर प्रदेश।

९४५०५९५५९८

उत्तर प्रदेश पुलिस  
संख्या: 12/ए-चिकित्सा निर्देश-2013

मुख्यालय, गढ़वाल।  
दिनांक: अगस्त २०, २०१३

सेवा में,

समस्त विभागाधीक्ष/कार्यालयाधीक्ष,

पुलिस विभाग, उत्तर प्रदेश।

विषय:- पुलिस अधिकारियों/कर्मचारियों की चिकित्सा प्रतिपूर्ति के संबंध में।

कृपया प्राप्त: यह देखा जा रहा है कि जनपद/इकाई में नियुक्त कर्मियों द्वारा चिकित्सा प्रतिपूर्ति से सम्बन्धित दावा ₹ 0 2,50,000/- से अधिक हो जाने के पश्चात एक ही अनिवार्यता प्रमाण पत्र के साथ प्रस्तुत किया जा रहा है, जिसके कारण स्वीकृति हेतु दावा शारान से प्रेषित करना पड़ता है। शारान में चिकित्सा प्रतिपूर्ति से सम्बन्धित कस्टी अधिक संख्या में प्रकरण लम्बित होते जा रहे हैं।

2- उल्लेखनीय है कि शासन में कार्य की अधिकता होने के कारण दावा स्वीकृत होने में काफी बिलाब हो रहा है। इससे कर्मियों को आगे के इलाज में आर्थिक कठिनाईयां उत्पन्न होती है।

3- अतः आप अपने अधीनस्थ नियुक्त समर्त अधिकारियों/कर्मचारियों के साथ सम्मेलन/गोष्ठी करके समुचित रूप से अवगत करा दें कि कोई भी कर्मा अपने अथवा अपने परिवार के सदस्य के उपचार पर व्यय हुई धनराशि के संबंध में चिकित्सा प्रतिपूर्ति से सम्बन्धित दावा इलाज के दौरान ही टुकड़ों में रुपया 50,000/- से रुपया 1,00,000/- के अन्दर तक का बिल नियुक्त जनपद/इकाई के संबंधित अधिकारी को भुगतान हेतु समय से प्रस्तुत कर दिया जाय, ताकि चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे का निस्तारण जनपद/इकाई स्तर से ही तत्काल किया जा सके तथा पुलिस कर्मियों को उपचार हेतु आर्थिक कठिनाईयों का सामना न करना पड़े। रुपया 2.50 लाख तक की धनराशि का दावा प्रस्तुत करने पर पुलिस महानिरीक्षक, जोन द्वारा स्वीकृति की जा सकती है। अतः सभी कर्मियों को सूचित करायें कि चिकित्सा के बिल यथासम्भव शीघ्र बरामद करने हेतु जमा कर दिया करें। प्रयास किया जाय कि रुपया 1,00,000/- से नीचे के बिल ही प्रतिपूर्ति हेतु कार्यालय में दे दिये जाय।

(डॉ सूर्य कुमार) ६/४/१३

अपर पुलिस गहनिदेशक, मुख्यालय,  
उत्तर प्रदेश।

उत्तर प्रदेश पुलिस  
संख्या: टोईस-चिकित्सा निर्देश-2013

मुख्यालय इलाहाबाद ।  
दिनांक सितम्बर, २१ 2013

सेवा में,

समरत विभागाध्यक्ष / कार्यालयाध्यक्ष,  
पुलिस विभाग, उत्तर प्रदेश ।

विषय: पुलिस अधिकारियों / कर्मचारियों की चिकित्सा प्रतिपूर्ति के सम्बन्ध में ।

कृपया मुख्यालय के समांक पत्र दिनांक 20-08-2013 का अवलोकन करें, जिसके द्वारा पुलिस अधिकारियों / कर्मचारियों के चिकित्सा प्रतिपूर्ति के सम्बन्ध में ₹० 2,50,000/- से कम के बिलों का भुगतान विभागाध्यक्ष / कार्यालयाध्यक्ष के माध्यम से कराये। होकिन प्रायःयह देखा जा रहा है कि जनपद / ईकाई में नियुक्त कर्मियों द्वारा चिकित्सा प्रतिपूर्ति से सम्बन्धित दावा ₹० 2,50,000/- से अधिक हो जाने के पश्चात एक ही अनिवार्यता प्रमाण पत्र के साथ प्रस्तुत किया जा रहा है, जिसके कारण स्वीकृति हेतु दावा शासन को प्रेषित करना पड़ता है। शासन में चिकित्सा प्रतिपूर्ति से सम्बन्धित काफी अधिक संख्या में प्रकरण लम्बित होते जा रहे हैं ।

2- उल्लेखनीय है कि शासन में कर्य की अधिकता होने के कारण दावा स्वीकृत होने में काफी बिलम्ब हो रहा है। इससे कर्मियों को आगे के इलाज में आर्थिक कठिनाईयों का सामना करना पड़ता है ।

3- अतः आप अपने अधीनस्थ नियुक्त समस्त अधिकारियों / कर्मचारियों के साथ सम्मेलन / गोष्ठी करके समुचित रूप से अवगत करा दे कि कोई भी कर्मी अपने अथवा अपने परिवार के सदस्य के उपचार पर शाय हुई धनराशि के सम्बन्ध में चिकित्सा प्रतिपूर्ति से सम्बन्धित दावा इलाज के दौरान ही दुक्कों में रूपया 1,00,000/- के अन्दर तक का बिल नियुक्त जनपद / ईकाई के साबित्रित अधिवक्ता को भुगतान हेतु समय से प्रस्तुत कर दे इससे दावे का निरतारण जनपद / ईकाई स्तर से ही तत्काल जो जायेगा तथा पुलिस कर्मियों वो उपचार हेतु आर्थिक कठिनाईयों का सामना नहीं करना पड़ेगा। रूपया 2,50,000/- लाख तक की धनराशि का दावा प्रस्तुत करने पर पुलिस महानिरीक्षक, जोन द्वारा स्वीकृत किया जा सकता है ।

4- अतएव उपरोक्त निर्देश का तत्परता से अनुपालन सुनिश्चित करने का कष्ट करें ताकि अधिकारियों / कर्मचारियों को उपचार के दौरान आर्थिक कठिनाईयों का सामना न करना पड़े तथा उपचार सुचारू रूप से हो सके ।

*Sul*  
— २१.९.१३ —  
( डा० सूर्य कुमार )  
अपर पुलिस महानिदेशक, मुख्यालय,  
उत्तर प्रदेश

Office of ADG (Telecom)  
Date. 28/12/13  
Regd. No. 4357

रजिस्ट्रेशन सं... 9817  
प्राप्ति का दिनांक... 28/12/13  
लिपिक के हस्ताक्षर...  
जीवन रक्षक निधि/महत्वपूर्ण

16

- समस्त पुलिस महानिरीक्षक, उत्तर प्रदेश।
- समस्त पुलिस उपमहानिरीक्षक, उत्तर प्रदेश।
- समस्त वरिष्ठ/पुलिस अधीक्षक, उत्तर प्रदेश।
- समस्त पुलिस अधीक्षक, रेलवे, उत्तर प्रदेश।
- समस्त प्रभारी अधिकारी, इकाई (पीएसी. छोड़कर) उत्तर प्रदेश।

OFFICE SRO (ADMIN.)  
Regn. No. 11244  
Recd Date. 28/12/13

जैसा कि आप भली-भौति अवगत हैं कि जीवन रक्षक निधि से गम्भीर बीमारियों/धायल होने की दशा में उपचार हेतु कर्मचारियों/अधिकारियों एवं उनके पत्नी/पति व उनके आश्रित अवयस्क पुत्र/अविवाहित पुत्री को अग्रिम आर्थिक सहायता ऋण के रूप में दी जाती है। इस संबंध में परिपत्र संख्या:23/जीरनि(गोष्ठी)2009 दिनांक 09.12.2010 में निहित प्रावधान के अन्तर्गत “जीवन रक्षक निधि से मॉग की गई अग्रिम धनराशि का 75 प्रतिशत अथवा अधिकतम रु0 3.00 लाख एवं विशेष परिस्थिति में रु0 2.00 लाख अर्थात् कुल रु0 5.00 लाख ही स्वीकृत किया जा सकता है” में नियमानुसार संशोधन करते हुये निम्न प्रकार का प्रावधान किया गया है।

पूर्व में प्रचलित व्यवस्था	वर्तमान व्यवस्था
जीवन रक्षक निधि से मॉग की गई अग्रिम की धनराशि का 75 प्रतिशत अथवा अधिकतम रु0 3.00 लाख एवं विशेष परिस्थितियों पुनः मॉग किये जाने पर रु0 2.00 लाख अर्थात् कुल रु0 5.00 लाख स्वीकृत किया जा सकता है।	जीवन रक्षक निधि से मॉग की गई अग्रिम की धनराशि का शत प्रतिशत अधिकतम रु0 4.00 लाख एवं विशेष परिस्थितियों पुनः मॉग किये जाने पर रु0 3.00 लाख अर्थात् कुल रु0 7.00 लाख स्वीकृत किया जा सकता है।

- कृपया उक्त सम्बन्ध में अपने अधीनस्थ सभी कर्मचारियों/अधिकारियों को अवगत कराने का कष्ट करें ताकि वे इस योजना का लाभ उठा सके। कृपया प्रश्नगत संशोधन को “उत्तर प्रदेश पुलिस जीवन रक्षक निधि” की नियमावली के साथ रखने का कष्ट करें ताकि आवश्यकतानुसार कार्यवाही करने के लिये संदर्भ उपलब्ध रहे।

ARO(A)

S.R.  
( डा० सूर्य कुमार )/13

अपर पुलिस महानिदेशक, मु0,  
उत्तर प्रदेश।

अशा० पत्रांक: 23/जीरनि(गोष्ठी)09  
दिनांक: इलाहाबाद: अक्टूबर 22/2013

SRO(A)  
28/12/13

OS/GC4

Ri (RS)  
30/12/13

- प्रतिलिपि निम्न को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित :-  
 1. अपर पुलिस महानिदेशक, पीएसी मुख्यालय उत्तर प्रदेश, लखनऊ।  
 2. पुलिस महानिरीक्षक एवं पुलिस महानिदेशक के सहायक, उत्तर प्रदेश, लखनऊ।  
 3. पुलिस महानिरीक्षक, स्थापना, उत्तर प्रदेश, लखनऊ।  
 4. अनुभाग अधिकारी, अनुभाग-12ए, पुलिस मुख्यालय, इलाहाबाद।

SI ३१  
१८-२

OFFICE SRO (ADMIN)

Regn. No. ....  
Recd Date....

उत्तर प्रदेश पुलिस  
संख्या: बारह/ए-चिकित्सा निर्देश-2011

06

अतिआवश्यक/महत्वपूर्ण/फैक्स

मुख्यालय, इलाहाबाद-1  
दिनांक: मई ९ 2012

१

सेवा में,

समस्त विभागाध्यक्ष/कार्यालयाध्यक्ष,

पुलिस विभाग, उत्तर प्रदेश।

विषय:- चिकित्सा प्रतिपूर्ति सम्बन्धी दावों के परीक्षण के सम्बन्ध में।

कृपया अवगत कराना है कि जनपद/इकाईयों से पुलिस मुख्यालय को अग्रसारित किये जाने वाले चिकित्सा दावों में प्रायः त्रुटियों पायी जाती है, त्रुटियों के निवारण हेतु चिकित्सा दावों को सम्बन्धित जनपद/इकाईयों को पुलिस मुख्यालय द्वारा वापस करना पड़ता है, जिससे चिकित्सा दावों के निस्तारण में अनावश्यक रूप से विलम्ब तो होता ही है साथ ही साथ स्टेशनरी व डाक टिकट आदि का अपब्यय भी होता है।

2- अधिसूचना संख्या: 2275/5-6-11-1082-87 दिनांक: 20-9-2011 द्वारा प्रख्यापित उत्तर प्रदेश सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली-2011 के आधार पर तैयार की गयी चेक लिस्ट संलग्न कर इस अनुरोध के साथ प्रेषित है, कि कृपया भेजी जा रही चेकलिस्ट के अनुसार चिकित्सा दावों का परीक्षण करें तथा अपूर्ण चिकित्सा दावे पुलिस मुख्यालय को अग्रसारित न किया जाए, साथ ही कार्यालयाध्यक्ष द्वारा इस आशय का प्रमाण-पत्र (चेकलिस्ट में अंकित किया गया है) उपलब्ध कराया जाए कि भेजा जा रहा चिकित्सा दावा पूर्णतः सही है, प्रश्नगत चिकित्सा दावे में कोई कमी नहीं है। कृपया उपरोक्त निर्देशों का कड़ाई से अनुपानल सुनिश्चित किया जाए।

संलग्नकायथोपरि।

EPM  
१५५०००  
(जी०एल० मीना)

पुलिस महानिरीक्षक, भ०/क०,  
उत्तर प्रदेश।

SRO(A)

कृपया चेक लिस्ट के अनुसार अग्रेट रखा जाए।

1/6/12  
ADCP/MRC(Deb)

Aro (Ad)

Ric (os)

July  
Aro (A)  
02/06/12

Gre (B)

DINESH 12/A  
5/5/2012

8201 Ad  
1/6/12

--- 2

09  
AROCA )

चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति की चेकलिस्ट

- (1) उपचार सरकारी अस्पताल में हुआ है अथवा प्राइवेट अस्पताल में।  
(2) उपचार भर्ती होकर कराया गया है अथवा वाह्य रोगी के रूप में।  
(3) लाभार्थी के मूल प्रार्थना-पत्र का दिनांक.....  
(4) अनिवार्यता प्रमाण-पत्र पर उपचार अवधि ..... से ..... तक  
(5) डिस्चार्ज समरी की उपचार अवधि ..... से ..... तक  
(6) क्या दावा कालबाधित है? यदि हाँ तो स्वीकृति हेतु भेजने का औचित्य कारण.....  
(7) समस्त बिल/वाउचर की मूल प्रति सम्बन्धित चिकित्सक से सत्यापित है अथवा नहीं.....  
(8) अनिवार्यता प्रमाण-पत्र में रोग का नाम, रोगी का नाम, उपचार की अवधि तथा व्यय की गयी धनराशि अंकित है अथवा नहीं।  
(9) अनिवार्यता प्रमाण-पत्र में अंकित उपचार अवधि के अनुसार ही बिल/वाउचर संलग्न है अथवा नहीं। यदि नहीं तो कौन-कौन से वाउचर्स भिन्न है.....  
(10) अनिवार्यता प्रमाण-पत्र उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा हस्ताक्षरित तथा शासनादेश दिनांक:20.09.2011 के अनुसार सक्षम चिकित्साधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित है अथवा नहीं।  
(11) प्रतिहस्ताक्षरकर्ता अधिकारी द्वारा देय धनराशि अनिवार्यता प्रमाण-पत्र पर अंकित है अथवा नहीं। यदि हाँ तो कितनी.....  
(12) प्रतिहस्ताक्षरकर्ता अधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित व्यय परीक्षण सूची उपलब्ध है अथवा नहीं।  
(13) निजी चिकित्सक/चिकित्सालयों के उपचारी चिकित्सक से इस आशय का प्रमाण-पत्र कि उपचार तात्कालिक/आपातकालीन स्थिति में किया गया है संलग्न है अथवा नहीं?  
(14) निजी चिकित्सक/चिकित्सालयों में उपचार कराने की दशा में 30 दिनों के अन्दर कार्यालयाध्यक्ष को सूचना दी गयी है अथवा नहीं?  
(15) स्वयं के अतिरिक्त परिवार के सदस्य का दावा होने की स्थिति में हेल्थकार्ड संलग्न है, हेल्थ कार्ड में रोगी का नाम अंकित है अथवा नहीं?  
(16) लाभार्थी द्वारा कोई अग्रिम लिया गया है अथवा नहीं। यदि हाँ तो विवरण.....  
(17) पेशनर के मामले में सेवानिवृत्त की तिथि ..... पी0पी0ओ0 नम्बर .....  
कोणागार का नाम.....

प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि -----श्री----- के स्वयं/माता/पिता/पुत्र/पुत्री आदि के चिकित्सा पर व्यय धनराशि की प्रतिपूर्ति सम्बन्धी दावे का परीक्षण अधिसूचना संख्या:2275/5-6-11-1082-87 दिनांक:20-9-2011 एवं पुलिस मुख्यालय द्वारा प्रेषित 17 बिन्दुओं की चेक लिस्ट के अनुसार किया गया है। प्रश्नगत चिकित्सा दावा पूर्णतः सही है। इसमें किसी प्रकार की कोई कमी नहीं है। दावा स्वीकृति योग्य है।

कार्यालयाध्यक्ष के हस्ताक्षर-----  
पदनाम-----  
जनपद/इकाई का नाम-----



# सरकारी गजट, उत्तर प्रदेश

उत्तर प्रदेशीय सरकार द्वारा प्रकाशित

## असाधारण

विधायी परिषिष्ठ

भाग-४, खण्ड (ख)

(परिनियत आदेश)

लखनऊ, मंगलवार, 20 रितम्बर, 2011

गान्धीपद 29, 1933 शक राम्यता

उत्तर प्रदेश सरकार

चिकित्सा अनुभाग-६

संख्या 2275/५-६-११-१०८२-८७

लखनऊ, 20 रितम्बर, 2011

अधिसूचना

प्रकीर्ण

प०आ०-१९८

संविधान के अनुच्छेद 309 के परन्तुक द्वारा प्रदत्त शक्ति का प्रयोग करके और इस विषय पर विद्यमान समर्त नियमों और आदेशों का अधिकमण करके राज्यपाल नियमित्यित नियमावली बनाते हैं :-

उत्तर प्रदेश सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचयी) नियमावली, 2011

भाग-एक

सामाच्च

1-(1) यह नियमावली उत्तर प्रदेश सरकारी सेवक(चिकित्सा परिचयी) नियमावली, 2011 कही जायेगी।

संक्षिप्त नाम और  
प्रारंभ

(2) यह तुरन्त प्रवृत्त होगी।

2-यह नियमावली नियमित्यित पर लागू होगी:-

प्रयोग्यता

(क) सभी सरकारी सेवक, जबकि वे कार्य पर हों, या अवकाश पर हों या निलाबन के अधीन हों और उनके परिवार।

(ख) रोबनियुल सरकारी सेवक और उनके परिवार और मृत सरकारी सेवकों के मामले में उनके परिवार के ऐसे सदस्यों जो पारिवारिक पेशन के लिए पात्र हों।

Retd.













21-प्रातपूर्वि को धनराशि उसी "शीर्ष" से आहरित की जावेगी जिससे सामान्यतया बेतन, भत्ता और पेशन आदि आहरित किये जाते हैं।

### भाग-छ:

यात्रा और सहचर

#### प्रकीर्ण

22-(क) यदि कोई प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक किसी रोगी को उच्चतर/विशिष्ट उपचार के लिए, जिसके लिए जिला/राज्य में युविधा उपलब्ध नहीं है, किसी चिकित्सालय को संदर्भित करता है तो कार्यालयाध्यक्ष द्वारा प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की विशिष्ट लिखित भलाह पर ऐसा उपचार करने वो लिए यात्रा की अनुमति दी जा सकती है।

(ख) बीमारी की गम्भीरता पर विचार करते हुए यदि प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक लिखित में यह संस्तुति करता है कि रोगी को किसी परिचारक द्वारा अनुरक्षित किया जाना है, तो कार्यालयाध्यक्ष द्वारा नाम सहित किसी परिचारक के लिए अनुमति दी जा सकती है जो सामान्यतः रोगी का सम्बन्धी होगा।

(ग) रोगी और परिचारक, यदि कोई हो, अपनी सरकारी यात्रा के हकदारी की सीधा तक अपने निवास से उपचार के रथान तक निकटतम रेल मार्ग से जाने और वापस आने की ऐसी यात्रा हेतु यात्रा भत्ता पाने का हकदार होगा, किन्तु वायुयान द्वारा यात्रा करने पर कोई दैनिक भत्ता अनुमत्य नहीं होगा भले ही लाभार्थी उसके लिए हकदार है या था।

(घ) जटिल बीमारी की दशा में प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की लिखित संस्तुति पर सरकार वायुयान द्वारा यात्रा की अनुमति दे सकती है।

23-सामान्यतया दावा तीन गाह के भीतर प्रस्तुत कर दिया जाना चाहिए अन्यथा विभागीय समिक्षक का अनुगोदन अनिवार्य होगा जो मामले के गुणदोष के आधार पर दावे की प्रतिपूर्ति का विनिश्चय करेगा।

24-यह नियमावली अखिल भारतीय सेवा के रदस्यों पर उन मामलों में लागू होगी जहाँ अखिल भारतीय सेवा (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली, 1954 के प्रावधान इस नियमावली से निन्मतर हैं।

25-यदि कोई सरकारी सेवक वाह्य सेवा/प्रतिनियुक्ति पर सेवारत हो तो उसे इस नियमावली के अधीन अनुमत्य से निन्मतर चिकित्सा सुविधा नहीं प्राप्त होगी और चिकित्सा परिचर्या तथा उपचार प्रर हुआ व्यय वाह्य नियोक्ता द्वारा बहन किया जायेगा और पैदृक विभाग द्वारा नहीं किया जायेगा।

26-रामध-समय पर यथासंशोधित उत्तर प्रदेश सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली, 1946 और इस संबंध में निर्णत किये गये सभी सरकारी आदेश निरसित हो जायेंगे। तथापि, प्रतिपूर्ति के लिए हकदारी उनसे कम नहीं होगी जो इस नियमावली के प्रारम्भ के पूर्व अनुमत्य थी।

27-यदि उत्तर प्रदेश सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली, 2011 के उपबन्धों के प्रवर्तन में कोई कठिनाई उत्पन्न होती है तो राज्य सरकार गजट में प्रकाशित आदेश द्वारा ऐसे उपबन्ध कर सकती है जो इस नियमावली से असंगत न हो और कठिनाई दूर करने के लिए आवश्यक और समीचीन प्रतीत हो।

28-(क) यदि इस नियमावली के निर्वचन के संबंध में कोई शंका उत्पन्न होती है तो उसे सरकार को निर्दिष्ट किया जायेगा, जिसका उस पर निर्णय अनितम होगा।

(ख) जहाँ राज्य सरकार का समाधान हो जाए कि चिकित्सा परिचर्या की शर्तों को विनियमित करने वाले किसी नियम या उसके अधीन निर्णत आदेश से किसी विशिष्ट मामले में कोई असम्भव कठिनाई उत्पन्न होती है, वहाँ वह, उस मामले में लागू नियम या आदेश में किसी बात के होते हुए भी उस नियम या आदेश की अपेक्षाओं को उस सीधा तक और ऐसी शर्तों के अधीन रहते हुए आदेश द्वारा वह अभियुक्त या शिथिल कर राकती है जैसा मामले के न्यायोनित और साम्यपूर्ण रीति से निर्वाचन के लिए आवश्यक रामझे।

आज्ञा से,  
संजय अग्रवाल,  
प्रमुख सचिव।

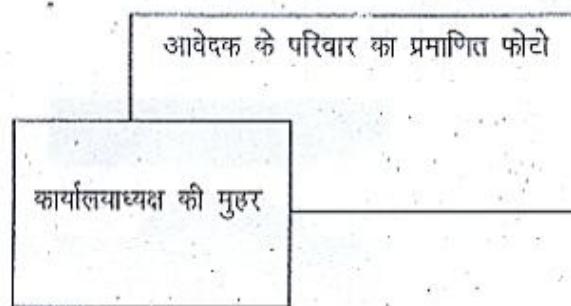
## परिशिष्ट 'क'

उत्तर प्रदेश सरकार

स्वास्थ्य-पत्रक

[भाग दो, नियम-6(क) देखें]

संख्या-.....



नाम:- ..... जन्म का दिनांक ..... लिंग.....  
 पदनाम..... विभाग का नाम .....  
 तैनाती का स्थान-.....  
 आवारीय पता-.....  
 मूल वेतन तथा वेतनमान/पेशन-.....  
 गांगनी का नाम-.....

## आश्रित पारिवारिक सदस्यों का विवरण-

क्रमांक	नाम	जन्म का दिनांक	आवेदक से सम्बन्ध
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
कुल संख्या			

दिनांक.....

आवेदक के हस्ताक्षर  
 कार्यालयाध्यक्ष के प्रतिहस्ताक्षर, मुहर सहित।

**परिशिष्ट "ख"**

(पांग चार, नियम-15 "ख" देखें)

उपचार हेतु अधिग्रह के लिए आवेदन का प्रारूप

1. आवेदक का नाम-
2. पदनाम-
3. तैनाती का स्थान-
4. कार्यालयाध्यक्ष-
5. मूल वेतन-
6. स्वास्थ्य पत्रक संख्या-
7. रोगी का नाम-
8. कर्मचारी से सम्बन्ध-
9. बीमारी का नाम(जिससे पीड़ित है)-
10. व्यय की घनराशि-.....

(उपचारी चिकित्सक द्वारा तैयार तथा चिकित्सालय के अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताकारित व्यय-अनुमान रांगन है)

11. अपेक्षित अधिग्रह की घनराशि

दिनांक:.....

(कर्मचारी के हस्ताक्षर)

नाम:

पदनाम

## परिशिष्ट 'ग'

(भाग-पाँच-नियम-16 तथा 18 देखें)

रोबा मैं,

कार्यालयाध्यक्ष का नाम,

.....

.....

विषय: चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति।

महोदय,

मैं ..... /मेरे परिवारिक सदस्य(नाम).....  
 ने ..... (बीमारी का नाम) के लिए .....  
 (दिनांक) से ..... तक ..... (चिकित्सालय का नाम) में उपचार  
 करवाया है। मैं निम्नलिखित दस्तावेजों के साथ प्रतिपूर्ति के लिए दावा प्रस्तुत कर रहा हूँ:-

1. उपचारी चिकित्सक/चिकित्सालय के अधीक्षक द्वारा हस्ताक्षरित/प्रतिहस्ताक्षरित अनिवार्यता प्रमाण-पत्र।
2. उपचारी चिकित्सक द्वारा विधिवत् हस्ताक्षरित एवं सत्यापित मूल नकद पर्चा(कैश में), बीजक(बिल), चाउचर।
3. यह प्रमाणित किया जाता है कि उपर नामित पारिवारिक सदस्य गुज्ज पर पूर्णतया आश्रित है।

मेरे उपचारार्थ ..... के पत्र संख्या ..... दिनांक .....  
 ..... द्वारा स्वीकृत रु0..... के अधिक का समायोजन करने के पश्चात्  
 मेरे दावे की प्रतिपूर्ति के लिए यथा आवश्यक कार्यवाली करने की कृपा करें।

दिनांक.....

अधिकारी/कार्गचारी का नाम

पदनाम:

तैनाती का स्थान-

## परिशिष्टा "ध"

[भाग-चार-नियम-15 (च) देखें]

चिकित्सा परिचारक के लिए अग्रिमों की संख्या

क्रम.सं.	सरकारी सेवक का नाम और पदनाम	अग्रिम की स्थीकृति के लिए शासनादेश का दिनांक और संख्या	स्थीकृत अग्रिम की धनराशि	अग्रिम के आहरण का दिनांक और वार्तार संख्या	प्रतिपूर्ति दावा में प्रस्तुतीकरण की देय अवधि
1	2	3	4	5	6

कार्यालयाध्यक्ष/ विभागाध्यक्ष के कार्यालय में प्रतिपूर्ति दावा की प्राप्ति का वास्तविक दिनांक	अग्रिम की प्रतिपूर्ति दावा वसूली के भुगतान के लिए की गई कार्यवाही का विवरण	प्रतिपूर्ति दावा की स्थीकृति के आदेश की संख्या और दिनांक	प्रतिपूर्ति के लिए स्थीकृत धनराशि	समायोजन के लिए यदि कोई हो, अग्रिम की अवशेष धनराशि
7	8	9	10	11

ट्रेजरी चालान की संख्या और दिनांक अग्रिम की अवशेष धनराशि के लिए जगा की गयी धनराशि, यदि कोई हो।	समायोजन की विल संख्या और दिनांक	चेकिंग के पश्चात् आहरण एवं वितरण अधिकारी के हस्ताक्षर	अन्युक्ति
12	13	14	14

# उत्तर प्रदेश पुलिस हेल्थ कार्ड

उत्तर प्रदेश सरकार  
स्थास्थ-पत्रक  
(भाग-2, नियम-6(क) देखें)

आवेदक के परिवार का  
प्रमाणित फोटो

संख्या:-

नाम:-

जन्म का दिनांक:-

लिंग:-

कार्यालयाध्यक्ष की मुहर

पदनाम:- ..... विभाग का नाम:- .....

तैनाती का स्थान:- .....

आवासीय पता:- .....

मूल वेतन तथा वेतनमान/ पेंशन:- .....

पृष्ठ-2 पर जारी

नामिनी का नाम:-

आंत्रित पारिवारिक सदस्यों का विवरण:-

क्रमांक	नाम	जन्म वर्ष दिनांक	आवेदक से सम्बन्ध
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
कुल संख्या			

दिनांक:

आवेदक के हस्ताक्षर

कार्यालयाध्यक्ष के प्रतिहस्ताथार, मुहर सहित।

Certificate granted to Mrs, Mr/Miss..... Wife/son/daughter of  
Mr..... employed in the.....

**CERTIFICATE "A"**

[To be completed in the case of patient who are not admitted to the hospital for treatment]

1-Dr. .... here by certify:-

a- That I charged received Rs.....for consultation on.....

.....at my consulting room at the residence for the patient

b- That I charged received Rs.....for

administering.....intramuscular/subcutaneous injections on.....

.....At my consulting room/at the residence  
for the patient

a. That the patient has been under treatment at

c- That the patient has been under treatment at.....  
and that the under-mentioned medicines prescribed by me in this connection

.....and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in condition of

were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in condition of the patient.

2- The medicines are not stocked in the.....for supply to private

paticulars and do not include proprietary preparations for which cheaper substance of equal

therapeutic value are available not preparation which are primarily foods, toilets or disinfectants

SL No	Bill	Date	Name of Medical	Price	Payable	Not Payable	Other Details
-------	------	------	-----------------	-------	---------	-------------	---------------

(2)

- d- That the patient is/was suffering from.....  
is/was under my treatment from.....
- e- That the patient is/was not given prenatal or postnatal treatment.
- f- That the x-ray, Laboratory test etc for which an expenditure of Rs.....was incurred were necessary and was undertaken on my advice at .....
- g- That referred the patient of Dr. .....for specialist
- h- Consultation and that the necessary approval of the .....as required under the rules was obtained
- I That the patient did not require/required under the lines hospitalization.....if I am not drawing any NPA.NPP .....

Date-

Signature and designation of the  
Medical Officer and the hospital/  
Dispensary in which attached

Note: Certificate not applicable should be struck off certificate is compulsory and must be filled in by the medical in cases.

### **COUNTERSIGNED**

I Certify that the patient has been under treatment at the .....hospital  
and that the provided were the minimum which essential for the patient's treatment

Date.....

Place.....

.....Medical superintendent  
HOSPITAL

## CERTIFICATE "B"

[To be completed in the case of patient who are admitted to the hospital for treatment]

Certificate granted to Mrs, Mr/Miss..... Wife/son/daughter of  
Mr..... employed in the.....

## PART "A"

(To be signed by the medical officer in charge of the case of the hospital)

1-Dr. .... here by certify:-

a- That the patient was admitted to the hospital on my advice of

(Name of the medical officer)

b- That the patient has been under treatment at.....

.....and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in condition of the patient.

2- The medicines are not stocked in the.....for supply to private paticuls and do not include propriclary preparations for which cheaper substance of equal therapeutic value are available not preparation wich are primarily foods, toilets or disinfectants

(2)

- c-That the injections administered were/were not for immunizing or prophylactic purpose.
- d-That the patient is/was suffering from.....and is/was under my treatment from.....
- e-That the x-ray, Laboratory test etc for which an expenditure of Rs.....was incurred were necessary and was undertaken on my advice at .....
- f-That referred the patient of Dr. .....for specialist Consultation and that the necessary approval of the .....
- (Name of the chief administrative medical officer of the state) .....as required under the rules was obtained.

Date-

Signature and designation of the Medical Officer and in the charge of the case at the hospital.

PART 'B'

I Certify that the patient has been under treatment at the ..... hospital and that the services of the special nurses, for which an examination of Rs.....were incurred vise bills and receipts attached were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

Signature of the Medical Officer in charge of the case at the hospital.

COUNTERSIGNED

Date.....

Place.....

Medical superintendent  
HOSPITAL

I Certify that the patient has been under treatment at the .....hospital and that the provided were the minimum, which were essential for the patient's treatment.

## प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि कुमारी/श्रीमती/श्री.....  
पत्नी/पुत्री/पुत्र श्री/श्रीमती.....आयु लगभग.....  
.....रोग से पीड़ित है। इनका उपचार  
में मरीज की अपरिहार्य परिस्थिति को देखते हुए दिनांक:.....  
से शुरू किया गया।

शासनादेश दिनांकित: 18.2.2005 के निहित प्राविधानों के अन्तर्गत सूचनार्थ  
सेवा में प्रेषित है।  
दिनांक:

चिकित्साधिकारी के हस्ताक्षर  
एवं मुहर