



बिहार पशु विज्ञान विश्वविद्यालय

बिहार पशु चिकित्सा महाविद्यालय प्रांगण, पटना – 800014

BIHAR ANIMAL SCIENCES UNIVERSITY

BIHAR VETERINARY COLLEGE CAMPUS, PATNA – 800014

(24)

कार्यालय संख्या.: ५।२....प्रशासन/कुलसचिव, बिप्रविवि०

दिनांक ..१२./१./२०१९

कार्यालय आदेश

बिहार पशु विज्ञान विश्वविद्यालय के अधिनस्थ महाविद्यालयों एवं संस्थानों से प्राप्त चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रस्ताव विहित प्रपत्र में नहीं रहने के कारण सम्यक् जाँच करने में कठिनाई हो रही है, विहित प्रपत्र के लिए वापस करने पर विलम्ब होने की सम्भावना बनी रहेगी।

चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु महाविद्यालयों एवं संस्थानों के प्रधान विहित प्रपत्र (गाइडलाइन) के साथ विश्वविद्यालय में भेजना सुनिश्चित करेंगे तो समीक्षा करने में सहायता होगी।

चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति गाइडलाइन विहित प्रपत्र A, B, C संलग्न है। इस प्रपत्र के निर्गत तिथि के बाद चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रस्ताव विहित प्रपत्र में ही भरकर भेजना सुनिश्चित किया जाय, ताकि ससमय स्वीकृति देना सम्भव हो सके।

कुलपति के आदेश से

ह०/-

कुलसचिव

बिहार पशु विज्ञान विश्वविद्यालय,

पटना-14

ज्ञापांक ५।१.६. प्रशासन/कुर्सो, बिप्रविवि०, पटना

दिनांक ११.१.२०१९

प्रतिलिपि: अधिष्ठाता, बी०भी०सी० / अधिष्ठाता, एस०जी०आई०डी०टी० / अधिष्ठाता पी०जी०एस०, बासु
पटना / अधिष्ठाता, मतस्थिकी महाविद्यालय, किशनगंज / निदेशक प्रसार शिक्षा / निदेशक शोध एवं सभी
पदाधिकारियों को सूचनार्थ प्रेषित।

ह०/-

उप-कुलसचिव,

बिहार पशु विज्ञान विश्वविद्यालय,

पटना-14

ज्ञापांक ५।१.६. प्रशासन/कुर्सो, बिप्रविवि०, पटना

दिनांक ११.१.२०१९

प्रतिलिपि: श्री निर्भय कुमार मिश्रा, आई०टी० सेल, बिहार पशु विज्ञान विश्वविद्यालय, पटना को विश्वविद्यालय
के वेबसाइट पर प्रकाशनार्थ प्रेषित।

११।१।१

उप-कुलसचिव,

बिहार पशु विज्ञान विश्वविद्यालय,

पटना-14

[33]

बिहार सरकार, स्वास्थ्य विभाग, संचिका सं-14/विविध-04/12 647(14) दिनांक 26.3.12.

विषय:- सरकारी सेवकों के चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावों के उपस्थापन की प्रक्रिया।

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 बिलंब होता है।

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

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

अनुलग्नक-यथोपरि।

प्रयोग-A

जाँच पत्र-। (चिकित्सा प्रतिपूर्ति)

राज्य के सरकारी सेवकों/उनके आश्रित सदस्यों की चिकित्सा संबंधी प्रतिपूर्ति दावा पर विचार हेतु जाँचपत्र

- (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 कराये गये सरकारी/सौ.जी.एच.एसू से मान्यता प्राप्त/अन्य अस्पताल का नाम:-
- (6) चिकित्सा की अवधि तथा चिकित्सा कराने की प्रकृति
 - (क) अंतर्वासी-कब से कब तक
 - (ख) बहिर्वासी-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 इलाज 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 भूल या अभिप्रमाणित-प्रति संलग्न किया जाय:-
- (17) हॉस्पिटल द्वारा अनुशासित राशि:-

- (18) क्रय किये गये औपधियों/जाँच से संबंधित अभिश्रव/विपत्र (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

अभिश्रवों की विवरणी-॥

सरकारी सेवक का हस्ताक्षर

अग्रसारित करने वाले पदा० का हस्ताक्षर एवं मुहर

3. ANMCH अधीक्षक गया-मगध प्रमंडल के सभी जिले।
4. JLNMCH अधीक्षक- भागलपुर- भागलपुर, मुंगेर एवं पूर्णिया प्रमंडल के सभी जिले।
5. DMCH अधीक्षक दरभंगा- दरभंगा एवं कोशी प्रमंडल के सभी जिले।
6. SKMCH अधीक्षक मुजफ्फरपुर-तिरहुत एवं सारण प्रमंडल के सभी जिले।

तत्संबंधी आदेश ज्ञापांक 1182(14) दिनांक 2.6.06 इस हद तक संशोधित समझा जायेगा।

स्वास्थ्य विभागीय संकल्प संख्या-946(14) दिनांक-14.8.2015 के कड़िका-(8) के आलोक में पूर्व में प्रचलित प्रतिपूर्ति प्रमाण पत्र/प्रपत्र को विलोपित करते हुए एक सरल एवं सुस्पष्ट प्रतिपूर्ति प्रमाण पत्र बनाया गया है जो निम्नवत् होगा:-

चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रमाण पत्र ११९ - B

- (1) सरकारी सेवक का नाम/ पदनाम एवं कार्यालय/विभाग का नाम:-
- (2) रोगी का नाम एवं सरकारी सेवक से संबंध:-
- (3) रोग/बीमारी का नाम:-
- (4) चिकित्सा कराये गये सरकारी/सी.जी.एच.एस. से मान्यता प्राप्त/अन्य अस्पताल का नाम:-
- (5) चिकित्सा की अवधि तथा चिकित्सा कराने की प्रकृति:-
 (क) अंतर्वासी चिकित्सा:- दिनांक- से दिनांक- तक
 (ख) बहिर्वासी चिकित्सा:- दिनांक- से दिनांक- तक
- (6) राज्य के बाहर चिकित्सा कराने हेतु सक्षम प्राधिकार की अनुशंसा है या नहीं, संस्थान/पद नाम:-
- (7) सक्षम प्राधिकार द्वारा चिकित्सा कराने की स्वीकृति (अनुमति)/घटनोत्तर स्वीकृति प्राप्त है या नहीं:-
- (8) चिकित्सा में हुए कुल व्यय राशि:-

चिकित्सारत संस्थान के सरकारी सेवक के नियंत्री पदाधिकारी
 अधीक्षक/निदेशक का हस्ताक्षर एवं मुहर का हस्ताक्षर एवं मुहर¹
 आदेश पर प्रधान सचिव, स्वास्थ्य विभाग, बिहार का अनुमोदन प्राप्त है।
 निदेशानुसार अनुरोध है कि उपर्युक्त दिशानिर्देशों का दृढ़तापूर्वक अनुपालन सुनिश्चित किया जाय।
 यह आदेश तत्कालिक प्रभाव से लागू होगा।

चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रमाण पत्र

- (1) सरकारी सेवक का नाम/पदनाम एवं कार्यालय/विभाग का नाम:-
- (2) रोगी का नाम एवं सरकारी सेवक से संबंध:-
- (3) रोग/बीमारी का नाम:-
- (4) चिकित्सा कराये गये सरकारी/सी.जी.एच.एस. से मान्यता प्राप्त/अन्य अस्पताल का नाम:-
- (5) चिकित्सा की अवधि तथा चिकित्सा कराने की प्रकृति:-
 (क) अंतर्वासी चिकित्सा:- दिनांक- से दिनांक- तक
 (ख) बहिर्वासी चिकित्सा:- दिनांक- से दिनांक- तक
- (6) राज्य के बाहर चिकित्सा कराने हेतु सक्षम प्राधिकार की अनुशंसा है या नहीं, संस्थान/पद नाम:-
- (7) सक्षम प्राधिकार द्वारा चिकित्सा कराने की स्वीकृति (अनुमति)/घटनोत्तर स्वीकृति प्राप्त है या नहीं:-
- (8) चिकित्सा में हुए कुल व्यय राशि:-

चिकित्सारत संस्थान के सरकारी सेवक के नियंत्री पदाधिकारी
 अधीक्षक/निदेशक का हस्ताक्षर एवं मुहर

Bill of Re-imbursement for Medicines

CERTIFICATE

[This certificate is essential in respect of all claims for re-imbursement made paragraph (B) of Government Order No. 19264, dated the 11th December, 1960 and 15464 dated the 7th November, 1951.]

Mrs./Miss./Mr.....Grand Mother/ Mother /
Wife/Father/Son/Daughter/Sister of Mrs./Miss.....
employed in the Office/Department at the
.....had been under my treatment at Hospital/Dispensary
from..... To..... and the under noted quantities of Medicines/Blood which
were essential for the recovery/prevention of a serious deterioration in the condition of the patient or
their substitute could not be supplied from the Hospital/Dispensary as they were neither available nor
could be procured by the Hospital/Dispensary.

Name of Diseases.....

Counter signed by Civil Surgeon

Medical Officer