बिहार पशु विज्ञान विश्वविद्यालय

बिहार पशुचिकित्सा महाविद्यालय प्राँगण, पटना – 800014

BIHAR ANIMAL SCIENCES UNIVERSITY

BIHAR VETERINARY COLLEGE CAMPUS, PATNA – 800014

पत्रांक: 1499 प्रशा० / कु०स० / बि०प०वि०वि०,पटना दिनांक 19/01/2022

सेवा में,

सभी अधिष्ठातागण, बि०प०वि०वि०, पटना।
सभी निदेशकगण, बि०प०वि०वि०, पटना।
वित्त नियंत्रक, बि०प०वि०वि०, पटना।
निदेशक कार्य एवं संयंत्र, बि०प०वि०वि०, पटना।
प्रभारी सम्पदा पदाधिकारी, बि०प०वि०वि०, पटना।
प्रभारी पदाधिकारी, अतिथि गृह, बि०प०वि०वि०, पटना।
सभी सहायक कुलसचिव (नि० / शिक्षा / परीक्षा), बि०प०वि०वि०, पटना।
विधि पदाधिकारी, बि०प०वि०वि०, पटना।
प्रभारी पदाधिकारी, वाहन शाखा, बि०प०वि०वि०, पटना।
प्रभारी पदाधिकारी सुरक्षा, बि०प०वि०वि०, पटना।
जन–संपर्क पदाधिकारी, बि०प०वि०वि०, पटना।

विषयः–विश्वविद्यालय पदाधिकारियों / कर्मियों एवं उनके आश्रितों के चिकित्सा पर हुए व्यय की प्रतिपूर्त्ति दावे के प्रेषण के संबंध में।

प्रसंगः–(i) विश्वविद्यालय कार्यालय आदेश संख्या–1985 दिनांक–11 / 09 / 2018. एवं 304 / 1355 दिनांक–04 / 01 / 2022.

(ii) सामान्य प्रशासन विभाग, बिहार सरकार का पत्रांक–20 / चि०प्र०–09 (मु०).01 / 2019 सा०प्र०–1907 एवं 3218, पटना दिनांक–11 / 02 / 2019 एवं 08 / 03 / 2019

महाशय,

उपरोक्त विषयक प्रासंगिक पत्र के क्रम में सूचित करना है कि विश्वविद्यालय पदाधिकारीयों / कर्मियों द्वारा राज्य से बाहर या सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त अस्पतालों से कराये गये चिकित्सा पर हुए व्यय की प्रतिपूर्ति का प्रस्ताव भेजने से पूर्व निम्नांकित अभिलेखों की जाँच किया जाना सुनिश्चित किया जायः–

1. चिकित्सा पूर्जा मूलरूप में हो।
2. स्वास्थ्य विभाग के पत्रांक–1070(14) दिनांक–20.05.2006 की कंड़िका 3(iv) के आलोक में विहित चिकित्सा संस्थान से राज्य से बाहर या राज्य सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त अस्पतालों से चिकित्सा कराये जाने हेतु रेफर किये जाने की अनुशंसा का प्रमाण–पत्र मूलरूप में।

कृ०पृ०उ०

ध्यातव्य हो कि स्वास्थ्य विभाग के उक्त परिपत्र में निहित प्रावधान के आलोक में राज्य से बाहर अस्पतालों या राज्य सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त अस्पतालों (CGHS अंतर्गत सूचिबद्ध अस्पताल सहित) में प्रथम बार चिकित्सा कराने की अनुमति के लिए संबंधित प्रस्ताव में सरकारी चिकित्सा महाविद्यालय अस्पताल/इंदिरा गाँधी आयुर्विज्ञान संस्थान, पटना के संबंधित विभाग के विभागाध्यक्ष/इंदिरा गाँधी हृदय रोग संस्थान, पटना के निदेशक की अनुशंसा पर संबंधित सरकारी सेवक को प्रदान की जा सकेगी। इसके पश्चात् प्रत्येक चेकअप के पूर्व संबंधित बाहरी संस्थान के संबंधित चिकित्सक की अनुशंसा पर अनुमति प्रदान की जा सकेगी।

3. डिस्चार्ज समरी मूलरुप में हो।

4. स्वास्थ्य विभाग के पत्रांक–997(14) दिनांक–28.08.2015 एवं 647(14) दिनांक–26.03.2012 के आलोक में विहित प्रपत्र में पूर्णरुपेण भरा हुआ हो एवं मुहरांकित हस्ताक्षरित हो। (प्रपत्र संलग्न)

5. चिकित्सा संस्थान के द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित अभिश्रव मूलरुप में हो।

6. आश्रित होने की स्थिति में घोषणा–पत्र (Declaration) मूलरुप में हो।

7. राज्य से बाहर या मान्यता प्राप्त अस्पताल से चिकित्सा कराने की पूर्वानुमति से संबंधित पत्र मूलरुप में हो।

8. बाध्यकारी परिस्थिति में यदि घटनोत्तर स्वीकृति का प्रस्ताव हो तो उसके कारण का स्पष्ट उल्लेख किया जाये।

9. विश्वविद्यालय द्वारा एतद्संबंधी निर्गत दिशा–निर्देश/कार्यालय आदेश के अतिरिक्त स्वास्थ्य विभाग, बिहार, पटना द्वारा समय–समय पर निर्गत अन्य प्रासंगिक परिपत्रों/संकल्पों तथा प्रवृत्त नियमावली के आलोक में भी जॉच किया जाना अपेक्षित होगा।

उपर्युक्त अभिलेखों के जाँचोपरान्त तद्नुरुप अनुशंसा सहित भेजे गये प्रस्तावों पर ही विश्वविद्यालय द्वारा विचार किया जा सकेगा।

अनु०यथो०।

विश्वासभाजन्

19.1.22

कुलसचिव
बिहार पशु विज्ञान विश्वविद्यालय
पटना–14

प्रतिलिपिः–कुलपति के सचिव को माननीय कुलपति, बिहार पशु विज्ञान विश्वविद्यालय, पटना को सूचनार्थ प्रेषित।

7(14) दिनांक 26.3.12.
प्रक्रिया।
पर हुए व्यय की प्रतिपूर्ति
प्रस्तुतीकरण में अस्पष्टता
ता है।
भी प्रतिपूर्ति दावे स्वास्थ्य
नुपालन करते हुए संलग्न
साथ ही कार्यालय प्रधान
ाये।
लियों/सरकारी सेवकों को

प्रतिपूर्त्ति दावा पर

र आश्रित का नाम एवं

य अस्पताल का नामः-

है या नहीं:-

त अस्पताल में ईलाज

स्पष्ट विवरण

नः-

71

(18) क्रय किये गये औषधियों/जाँच से संबंधित अभिश्रव/विपत्र (मूल रूप में) संबंधित संस्थान के चिकित्सक के द्वारा मुहर के साथ हस्ताक्षरित है या नहीं:-

(19) प्रतिपूर्त्ति 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-II

क्रम सं०	अभिश्रव सं०	अभिश्रव की तिथि	राशि	पृष्ठ सं०
कुल राशि				

सरकारी सेवक का हस्ताक्षर

अग्रसारित करने वाले पदा० का हस्ताक्षर एवं मुहर

[33]

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

विषयः- 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 है। 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-I के अनुसार जांच पत्र तथा प्रपत्र-II के अनुसार अभिश्रवों 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।

जाँच पत्र-I (चिकित्सा प्रतिपूर्त्ति)

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

(1) सरकारी सेवक के कार्यालय का नामः-

(2) सरकारी सेवक का नाम एवं पदनामः-

(3) सरकारी सेवक स्वयं बीमार नहीं हो, तो सरकारी सेवक के बीमार आश्रित का नाम एवं सरकारी सेवक से संबंधः-

(4) रोग का नामः-

(5) चिकित्सा कराये गये सरकारी/सी॰जी॰एच॰एस॰ से मान्यता प्राप्त/अन्य अस्पताल का नामः-

(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 नामः-

(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 ... के चिकित्स...

(19) प्रतिपूर्ति प्र... है या नहीं...

क्रम सं॰	अभिश्र...
कुल राशि	

(73)

चिकित्सा प्रतिपूर्त्ति 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 /सी0जी0एच0एस0 से मान्यता प्राप्त/अन्य अस्पताल का नामः–

(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 नही, 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
अधीक्षक/निदेशक का हस्ताक्षर एवं मुहर

सरकारी सेवक के नियंत्री पदाधिकारी
का हस्ताक्षर एवं मुहर

r/d- formet