

बीरबल साहनी पुराविज्ञान संस्थान
BIRBAL SAHNI INSTITUTE OF PALAEOSCIENCES

53, विश्वविद्यालय मार्ग (UNIVERSITY ROAD), लखनऊ (LUCKNOW) -226 007

चिकित्सा प्रतिपूर्ति फॉर्म (MEDICAL REIMBURSEMENT FORM)

सरकारी कर्मचारियों/पेंशनरों एवं उनके आश्रितों के उपचार में व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु

For reimbursement of treatment expenses incurred by Govt. Employees/Pensioners & their dependents

1. कर्मचारी/पेंशनर का नाम व पदनाम
Name & Designation of Employee/Pensioner
2. अनुभाग का नाम/Name of Section बैंक खाता सं./Bank a/c No.....
3. निवास का पता, मोबा./Residential Add., Mob.
4. रोगी का नाम व कर्मचारी/पेंशनर
से संबंध (यदि आश्रित तो उम्र लिखें)/
Name of Patient & Relationship with
Employee/Pensioner (If dependent, specify age)
- चिकित्सीय (Medical)
- (क) परामर्श शुल्क/Consultation Fee ₹.....
- (ख) चिकित्सक का नाम/Name of Doctor चिकित्सालय/डिस्पेंसरी का नाम (Name of Hospital/Dispensary)
- (ग) इन्जेक्शनों की संख्या/No. of Injections दिनांक/Date
- (घ) क्या चिकित्सक ने परामर्श/इन्जेक्शन चिकित्सालय के परामर्श कक्ष/रोगी के निवास स्थान पर दिया था। (Whether consultation/injection was administered by the Doctor in the hospital's consultation room/patient's residence.)
- (ङ) निदान के दौरान हुए विकृति, जीवाण्विक, विकिरण-चिकित्सात्मक या सदृश परीक्षणों का शुल्क/Charges for Pathological, Bacteriological, Radiological or other similar tests undertaken during diagnosis ₹.....
चिकित्सा/प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण हुए/Name of Hospital/Laboratory where tests were conducted
5. दावे की राशि/Amount Claimed ₹..... 6. अग्रिम राशि/Advance Received ₹.....
7. प्रतिपूर्ति राशि/Amount for Reimbursement ₹.....
8. संलग्नकों की सूची/List of Encls.

घोषणा (Declaration)

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि दिए गए विवरण मेरी जानकारी व विश्वास में सत्य हैं तथा जिन पर चिकित्सा खर्च हुआ है वह पूर्णरूपेण मुझ पर आश्रित हैं (I hereby declare that all the information provided in the application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me)

दिनांक/Date :

कर्मचारी/पेंशनर के हस्ताक्षर (Signature of Employee/Pensioner)

बीरबल साहनी पुराविज्ञान संस्थान
BIRBAL SAHNI INSTITUTE OF PALAEOSCIENCES

53, विश्वविद्यालय मार्ग (UNIVERSITY ROAD), लखनऊ (LUCKNOW) -226 007

प्रमाण-पत्र - 'क' (CERTIFICATE - 'A')

(चिकित्सालय में भर्ती नहीं रहे - बाह्य रोगियों हेतु) (Out patients not admitted in the Hospital)

बीएसआईपी में कार्यरत डॉ./श्री/श्रीमती/कुमारी(Dr./Mr./Mrs./Miss employed in BSIP) के पति/पत्नी/
पुत्र/पुत्री/माता/पिता(Husband/Wife/Son/Daughter/Mother/Father) को मैं, डा.(to I, Dr.)
..... प्रमाण-पत्र देता/देती हूँ और एतद्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि (hereby certify and attest that)

क.) मैंने दिनांक को अपने परामर्श कक्ष/रोगी के निवास स्थान/चिकित्सालय में ₹..... परामर्श शुल्क के रूप में प्राप्त किए। (On dated I received ₹..... as consultation fee in my consulting room/at the patient's residence/in the hospital.)

ख.) मैंने दिनांक को अपने परामर्श कक्ष/रोगी के निवास स्थान/चिकित्सालय में अंतः शिरा, अंतः पेशी, अधस्त्वक इंजेक्शन लगाने हेतु ₹..... प्राप्त किए।

On dated I received ₹..... for administering intravenous, intramuscular, subcutaneous injections in my consulting room/at the patient's residence/in the hospital.

ग.) लगाए गए इंजेक्शन प्रतिरक्षित या रोग निरोधी हेतु थे/नहीं थे।

The injections administered were/were not for immunization or preventive treatment.

घ.) रोगी चिकित्सालय/मेरे परामर्श कक्ष में उपचार हेतु रहा/रही और निम्नलिखित औषधियां रोगी को बीमारी की रोकथाम/पुनर्लाभ हेतु ज़रूरी थी ये औषधियां (चिकित्सालय का नाम) बाह्य रोगी को देने हेतु संचित नहीं की गई थी तथा चिकित्सालय में उपलब्ध अन्य सुविधाएं जैसे प्राथमिक भोजन, प्रसाधन या जीवाणुनाशक औषधियां इसमें सम्मिलित नहीं हैं।

That the patient remained under treatment in the hospital/my consulting room at and the following medicines were essential for the prevention/recovery of the patient's illness. These medicines were not stocked by (name of hospital) for issue to out-patients and other facilities available in the hospital such as ordinary diet, toilet requisites or antiseptic medicines have not been included herein.

क्र./Sl.	औषधि का नाम/Name of Medicine	मूल्य/Price	क्र./Sl.	औषधि का नाम/Name of Medicine	मूल्य/Price
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

ड.) रोगी रोग से ग्रस्त है/था/थी तथा दिनांक से तक मेरे उपचाराधीन था/थी।

The patient is/was suffering from and under my treatment from to

च.) रोगी को प्रसव-पूर्व या पश्च उपचार दिया है/था। (The patient is/was given pre-natal or post-natal treatment.)

छ.) एक्स-रे, प्रयोगशाला जांच इत्यादि हेतु ₹..... खर्च हुए ज़रूरी थे तथा मेरे परामर्श पर (चिकित्सालय/प्रयोगशाला का नाम) किए गए।

Amount of ₹..... was necessarily incurred on X-ray, laboratory tests, etc and the same were carried out on my advise at (name of hospital/laboratory).

ज.) मैंने रोगी को विशेष परामर्श हेतु डा. के पास भेजा। (I referred the patient for special consultation to Dr.)

झ.) रोगी को भर्ती करने की ज़रूरत नहीं थी। (The patient did not required for hospitalisation.)

दिनांक/Date :

संबद्ध चिकित्सालय के डा. के हस्ताक्षर व पदनाम
Signature & Designation of the Doctor of Empanelled Hospital