

-:कार्योत्तर स्वीकृति प्रकरण प्रस्तुत करने के संबंध में चेक लिस्ट:-

बिना अनुमति के निजी अस्पताल में कराये गये उपचार देयकों को कार्योत्तर स्वीकृति के प्रकरण में कार्यवाही हेतु निम्नानुसार प्रपत्र/जानकारी संलग्न किया जाना आवश्यक है

क	चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु भेजे जाने वाले प्रपत्र का नाम	संलग्न हां/नहीं
1	यदि आवेदक वर्तमान में <u>सेवानिवृत्त</u> हो चुका है तो, प्रस्तुत देयक सेवा निवृत्ति के पहले का है या सेवा निवृत्त के बाद का? यदि सेवा निवृत्ति के पहले के देयक है तो, <u>प्रस्तुत देयक सेवानिवृत्ति के पूर्व का है</u> , संबंधी विभागीय प्रमाण पत्र य कव्हरिंग पत्र में उल्लेख। नोट:- सेवा निवृत्ति के बाद का हो तो, प्रकरण कार्योत्तर स्वीकृति हेतु न भेजा जाये।	
2	चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु देयक छत्तीसगढ़ सिविल सेवा (चिकित्सा परिचर्या) नियम, 2013 के अनुसार <u>देयक छः माह के भीतर विहित प्रपत्र</u> में संबंधित कार्यालय को प्राप्त नहीं होने की स्थिति में प्रकरण को कार्योत्तर स्वीकृति हेतु न भेजा जाये।	
3	बीमारी का नाम (डिस्चार्ज टिकिट के अनुसार) कराये गये उपचार का नाम (डिस्चार्ज टिकिट के अनुसार) :-	
4	<u>चेक लिस्ट, विभागीय प्रमाण पत्र एवं कार्योत्तर स्वीकृति</u> के निर्धारित प्रपत्र (मूल प्रति)सभी बिन्दुओं की जानकारी दिया जाना सुनिश्चित करें। <u>प्रत्येक उपचार हेतु पृथक-पृथक तैयार कर भेजें।</u>	
5	क्या आवेदक <u>चिकित्सा भत्ता</u> प्राप्त करता है। यदि हाँ. तो बाह्य रोगी के रूप में कराये गये उपचार देयकों पर कार्यवाही हेतु न भेजे।	
6	कार्योत्तर स्वीकृति यदि परिवार के आश्रित सदस्य का है तो <u>आश्रित प्रमाण-पत्र</u> 10 रुपये के स्टाम्प पेपर में नोटराईज्ड कराकर संलग्न करें (<u>छायाप्रति</u>)। प्रमाण पत्र में "आश्रित सदस्य के आय का कोई साधन नहीं है, मेरे साथ निवास करते हैं एवं मुझपर पूर्णतः आश्रित है "का उल्लेख हो। चिकित्सा परिचर्या नियम, 2013 के अनुसार माता पिता, अवयस्क पुत्र, अविवाहित पुत्री, विधिक रूप से गोद ली गई संताने तथा सौतेली संताने पूर्णतः आश्रित माने जायेंगे।	
7	पारित योग्य राशि के संबंध में <u>सिविल सर्जन द्वारा जारी प्रमाण पत्र</u> की छायाप्रति (अलग-अलग अस्पताल हेतु अलग- अलग प्रमाण पत्र सिविल सर्जन से प्राप्त करें) प्रारूप www.cgdme.co.in से डाउनलोड कर प्राप्त किया जा सकता है।	
8	मेडिकल रिअम्बर्समेंट फार्म (पूर्ण जानकारी सहित) परिचर्या नियम, 2013 के प्रारूप में नियम 13(1)। <u>पुराने प्रारूप में न भेजे जिसका नियम 8(1) है, स्वीकार नहीं किये जायेंगे</u> एक छायाप्रति - (प्रारूप www.cgdme.co.in से डाउनलोड या परिचर्या नियम 2013 से प्राप्त कर प्राप्त किया जा सकता है)	
9	<u>भर्ती होकर कराये गये उपचार हेतु</u> :- उपचारित अस्पताल का डिस्चार्ज सर्टिफिकेट (प्रत्येक भर्ती में आवश्यक) एवं <u>बाह्य रोगी के स्थिति में:-</u> अस्पताल/चिकित्सक का ओपीडी पर्ची की एक छायाप्रति जिसमें देवाई एवं जांच का उल्लेख हो।	
10	भर्ती दिनांक से डिस्चार्ज दिनांक तक के देयको की छायाप्रति, जिसके आधार पर सिविल सर्जन द्वारा प्रमाण पत्र जारी किया गया हो (<u>मूल देयक न भेजे</u>)।	
11	उपचार में उपयोग हुये <u>मेडिसीन की लिस्ट</u> संलग्न करें, जो कार्यालय प्रमुख/नियंत्रण अधिकारी द्वारा अभिप्रमाणित हो।	
12	समस्त छायाप्रति प्रपत्रों को राजपत्रित अधिकारी द्वारा अभिप्रमाणित कराया जाये।(<u>अभिप्रमाणित कर्ता के नाम/पदनाम मुहर सहित</u>)	

प्रकरण के संबंध में उपरोक्तानुसार इस कार्यालय द्वारा दी गई जानकारी सही है।

कार्यालय प्रमुख/नियंत्रण अधिकारी के हस्ताक्षर

मुहर सहित, जहां शासकीय सेवक कार्यरत है

नोट:- उपरोक्त क्रमानुसार प्रपत्रों को सेट बनाकर भेजा जाना सुनिश्चित करें। उपरोक्तानुसार अपूर्ण जानकारी/प्रपत्र प्राप्त होने की स्थिति में प्रकरण पर आगामी कार्यवाही किया जाना संभव नहीं होगा।

विभागीय प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि, श्री इस कार्यालय में
..... पद पर कार्यरत् हैं। आवेदक द्वारा स्वयं/पत्नि/आश्रित सदस्य
का उपचार छत्तीसगढ़ राज्य से बाहर मान्यता प्राप्त/गैर मान्यता प्राप्त संस्थान
में कराया गया है, जिनके देयकों की जांच मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी/सिविल सर्जन (जिस
जिले में शासकीय सेवक कार्यरत् है), जिला द्वारा जारी प्रमाणपत्रानुसार राशि रूपये
.....मात्र भुगतान योग्य निर्धारित कर प्रतिहस्ताक्षरित किया गया है।

सिविल सेवा (चिकित्सा परिचर्या) नियम, 2013 के नियम 2 के अनुसार इस कार्यालय के
अधिकारियों/कर्मचारियों पर नियम लागू है। आवेदक द्वारा संलग्न चिकित्सा देयकों छः माह के भीतर
विहित प्रपत्र में इस कार्यालय को प्राप्त हुआ है एवं प्रस्तुत राशि पूर्व में आहरित नहीं की गई है। प्रस्तुत
देयकों की जांच/परीक्षण छत्तीसगढ़ चिकित्सा परिचर्या नियम, 2013 में उल्लेखित नियमानुसार किया गया
है, यदि परीक्षण में किसी प्रकार की त्रुटि पायी जाती है, तो यह कार्यालय जिम्मेदार होगा।

कार्यालय प्रमुख /नियंत्रण अधिकारी के हस्ताक्षर मुहर सहित
(जहां शासकीय सेवक कार्यरत् है)

राज्य के अंदर एवं राज्य के बाहर चिकित्सालय में कराये गये उपचार की अनुमति संबंधि कार्योंत्तर स्वीकृति प्रदान करने हेतु निर्धारित प्रपत्र

1. आवेदक का नाम/पदनाम/विभाग _____
2. कराये गये उपचार का नाम _____
3. रोगी का नाम एवं शासकीय सेवक से संबंध _____
4. चिकित्सालय का नाम जहां उपचार करवाया गया एवं अवधि _____
कच से _____ कब तक _____ कुल दिवस _____
5. उपचार पर हुये व्यय की जानकारी (प्रमाणित फोटो प्रति संलग्न करें)
 1. दवाओं पर _____
 2. जांच पर _____
 3. आपरेशन शुल्क _____
 4. चिकित्सकों की फीस _____
 5. सर्जरी विशेषज्ञ आदि की फीस _____
 6. एनेस्थेसिस्टक की फीस _____
 7. आदि अन्य मदों में विवरण सहित _____
6. क्या हॉस्पिटल को मान्यता प्रदान की गई है _____
महायोग _____
7. रेफर करने वाले चिकित्सक का नाम/पद नाम रेफर सर्टिफिकेट संलग्न करें _____
8. कराये गये उपचार की सुविधा प्रदेश के शासकीय चिकित्सालयों/महाविद्यालयों में उपलब्ध है अथवा नहीं _____
9. वे परिस्थितियाँ जिनमें ईलाज की आवश्यकता हुई एवं पूर्व स्वीकृति प्राप्त न की गई _____

कार्यालय प्रमुख के हस्ताक्षर पदनाम मोहर सहित
(जहाँ अभ्यर्थी कार्यरत है)

अभ्यर्थी के हस्ताक्षर एवं नाम