

परिषद सेवकों / पेंशनभोगियों और उनके परिजनों की चिकित्सा परिचर्या और/या उपचार के संबंध में हुए चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति दावे का आवेदन प्रपत्र

Application form for claiming reimbursement of medical expenses incurred in connection with Medical Attendance and / or treatment of Council Servants/ Pensioners and their dependent family members

1.	परिषद सेवक / पेंशनभोगी / पारिवारिक पेंशनभोगी का नाम Name of Council Servant/ Pensioner/ Family Pensioner	
2.	वर्तमान पदनाम / सेवानिवृत्ति के समय पदनाम Present Designation/ Designation at the time of Retirement	
3.	कर्मचारी पहचान सं. / मेडिकल कार्ड नंबर (पेंशनभोगियों / पारिवारिक पेंशनभोगियों के मामले में) Employee Id No./ Medical Card No. (In case of Pensioners/ Family Pensioners)	
4.	मूल वेतन / मूल पेंशन + ग्रेड वेतन Basic Pay/ Basic Pension + Grade Pay	
5.	ड्यूटी का स्थान (परिषद सेवक के मामले में) / जिस प्रयोगशाला से सेवानिवृत्त हुए (पेंशनभोगी के मामले में) Place of Duty (in case of Council Servant)/ Lab from which retired (in case of Pensioner)	
6.	आवासीय पता Residential Address	
7.	मोबाइल सं. Mobile No.	
8.	ई-मेल आईडी Email Id	
9.	बैंक खाता सं. Bank Account No.	
10.	रोगी का नाम और परिषद सेवक / पेंशनभोगी के साथ उनका संबंध Name of the Patient and his/ her relationship with the Council Servant/ Pensioner	
11.	रोगी की आयु Age of the Patient	
12.	दावा की गई कुल राशि Total Amount Claimed	
13.	लिया गया अग्रिम Advance Taken	
14.	दावा की गई बीमा राशि, यदि कोई हो (स्वीकृति प्रतियां संलग्न करें) Insurance amount claimed, if any (attach sanction copies)	
15.	दावा की गई निवल राशि (दावा की गई कुल राशि - लिया गया अग्रिम एवं दावा की गई बीमा राशि) Net Amount Claimed (Total Amount Claimed - Advance Taken & Insurance Amount Claimed)	

	16. संलग्नकों की सूची List of Enclosures	<p>(यदि संलग्न हो तो बॉक्स पर निशान लगाएं और यदि नीचे दिए गए दस्तावेज आपके मामले में लागू नहीं होते हैं तो 'लागू नहीं' लिखें)</p> <p>(Check the boxes if attached and mention 'NA' if below documents are not applicable in your case)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ● अभिनिर्देशन Referral 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ● अस्पताल में दाखिल होने की आपातकालीन स्थिति में उपचार करने वाले डॉक्टर का प्रमाणन (मूल) Certification of treating doctor (original) in case of emergency hospitalization 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ● एम्बुलेंस के उपयोग के मामले में, उपचार करने वाले डॉक्टर का यह प्रमाणीकरण कि किसी अन्य माध्यम से रोगी को ले जाने से निश्चित रूप से रोगी का जीवन खतरे में पड़ जाएगा या उनकी स्थिति अत्यधिक बिगड़ जाएगी।* In case of usage of ambulance, certification of treating doctor that conveyance of patient by any other mode would definitely endanger the patient's life or would grossly aggravate his/her condition * 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ● मूल डिस्चार्ज सारांश [अस्पताल में भर्ती रागी के मामले में] Original Discharge Summary [in case of Inpatient] 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ● औषधपत्र [दवाइयों, जांच और उपचार के लिए] Prescription [for medicines, investigations & therapy] 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ● मूल बिल और सीदें [कृपया विस्तृत बिल विवरण संलग्न करें जिसमें परीक्षणों/जांच/प्रत्यारोपण/सेवाओं आदि का विवरण, दरें और सटीक संख्या शामिल हो।] Original Bills & receipts [Please attach the detailed bill break up which contains the details, rates and exact number of tests / investigation / implants / services etc.] 	<input type="checkbox"/>

* यात्रा उसी शहर के भीतर की जानी चाहिए journey should be undertaken within the same city

घोषणा DECLARATION

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि आवेदन में दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है, वह पूर्णतः मुझ पर निर्भर है। मैं नियमों के अंतर्गत देय प्रतिपूर्ति के लिए सहमत हूँ।

I hereby declare that the statements made in the applications are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom the medical expenses were incurred is wholly dependent on me. I agree for the reimbursement as admissible under the rules

दिनांक DATE:

परिषद सेवक/पेंशनभोगी के हस्ताक्षर

SIGNATURE OF COUNCIL SERVANT/ PENSIONER

सूचना NOTE

- A प्रत्येक रोगी के लिए अलग-अलग प्रपत्र का उपयोग किया जाएगा।
Separate forms shall be used for each patient
- B प्रत्यारोपण के मामले में (मोतियाबिंद सर्जरी के मामले में प्रत्यारोपित लेंस सहित), अस्पताल द्वारा विधिवत प्रमाणित प्रत्यारोपण की क्रम संख्या वाला स्टिकर प्रस्तुत किया जाना चाहिए।
In case of Implants (including lens implanted in case of cataract surgery), Sticker containing the serial no. of Implant, duly certified by the Hospital, to be submitted
- C कोरोनरी स्टेंट के मामले में, स्टेंट की बाहरी पाउच को जोड़ा जाना चाहिए।
In case of Coronary stents, outer pouch of stents to be attached
- D पेसमेकर/आईसीडी आदि के प्रतिस्थापन के मामले में, पहले के पेसमेकर/आईसीडी के वारंट प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न की जाएगी।
In case of replacement of pacemaker/ ICD etc., copy of the warrant certificate of earlier pacemaker/ ICD shall be enclosed
- E श्रवण यंत्रों की खरीद के मामले में, खरीदे गए/आपूर्ति किए गए श्रवण यंत्रों का विवरण दर्शाने वाले लेबल वाले खाली बॉक्स/ बक्से या कार्टन।
In case of purchase of Hearing Aids, empty box/boxes or the carton(s) with label showing details of hearing aids purchased/supplied
- F आयुर्वेद / सिद्ध / यूनानी उपचार के मामले में प्रमाणपत्र 'A' संलग्न किया जाना चाहिए।
Certificate 'A' should be enclosed in case of Ayurveda/ Siddha/ Unani treatment
- G इस कार्यालय द्वारा पैनलबद्ध/अनुमोदित अस्पतालों की सूची निम्नलिखित वेब लिंक का उपयोग करके देखी जा सकती है:
List of Hospitals empanelled / approved by this Office may be viewed using the following web link:
<https://clri.org/DepartmentDetails.aspx?D=81>
- H व्यक्तियों की वार्ड पात्रता (एनएबीएच और गैर-एनएबीएच मान्यता प्राप्त अस्पतालों दोनों के लिए) नीचे दी गई है:
Ward Eligibility of individuals (for both NABH & non-NABH accredited hospitals) is given below:

क्र. सं. S. No.	मूल वेतन स्तर (7वां सीपीसी) Basic Pay Level (7 th CPC)	लागू वार्ड Applicable Ward	स्वीकार्य कमरे का किराया Admissible Room Rent
1.	Upto ₹ 36,500 तक	सामान्य वार्ड General Ward	₹ 1500/-
2.	₹ 36,501 से to ₹ 50,500 तक	अर्ध-निजी वार्ड Semi Private Ward	₹ 3000/-
3.	₹ 50,501 और and उससे अधिक above	निजी वार्ड Private Ward	₹ 4500/-

सभी प्रकार के वार्ड (सामान्य वार्ड/अर्ध-निजी वार्ड/निजी वार्ड) के लिए आईसीयू शुल्क ₹ 5400/- है। आईसीयू शुल्क में कमरे का किराया शामिल है। ICU charges is ₹ 5400/- for all categories of ward entitlement (General Ward/ Semi Private Ward/ Private Ward). ICU charges are inclusive of Room Rent.

दिवसीय चिकित्सा प्रक्रिया (6 घंटे से 8 घंटे भर्ती) के लिए, वार्ड पात्रता की किसी भी श्रेणी की परवाह किए बिना, कमरे का किराया ₹1500/- है। For Day care procedure (6 Hrs to 8 Hrs admission), irrespective of any category of ward entitlement, Room Rent is ₹1500/-.