

प्रमाणित किया गया है कि (1) रोगी जो पुरी तरह से मेरे ऊपर निर्भर है और उनके पास आय का कोई साधन नहीं है (2) वे मेरे साथ सेवा स्थान पर रहते हैं। (3) क्रय दवाईयों का पूरा उपयोग हुआ है (4) चिकित्सक का पंजीयन संख्याहै।

Certified that (i) patients, as mentioned above are wholly dependent upon me and have got no other source of income. (ii) they reside with me at the place of my duty. (iii) the medicines purchased have been fully used (iv) registered No. of the medical Practitioner is.....

कर्मचारी का हस्ताक्षर
(Signature of the employee)

काउन्टर हस्ताक्षर
Counter Signature
पद / Designation _____

प्रमाणित किया जाता है कि उक्त दवाईयां संस्थान के चिकित्सालय में उपलब्ध नहीं है और पंजाब/केन्द्र सरकारी चिकित्सा नियामावली -1940 के अनुसार स्वीकृत है।

Certified that the medicines as detailed here with are not available in the Campus Dispensary and are admissible under the Punjab/Central Government Medical Attendance Rules 1940.

चिकित्सा अधिकारी / Medical Officer

नोट / Note :- 1. चिकित्सा-पर्ची में निम्न बातों को अवश्य दर्शाया जायें।

Prescription should indicate

अ. चिकित्सा का पंजीयन संख्या / No. of Regd. Medical Practitioner.

ब. दवाई का स्पष्ट नाम / Name of the medicine in legible handwriting.

स. दवाई की मात्रा जो बाजार से खरीदी गई है / Quantity of the medicine to be purchased from the market.

2. बिल/रसीद के प्रमाण हेतु कर्मचारी के हस्ताक्षर द्वारा अनुप्रमाणित होना आवश्यक है।

Cash Memo/Vouchers should be duly verified and attested by the employee concerned in token of payment having been made.

3. बिल के पीछे दवाई का नाम बड़े अक्षरों में लिखें।

Name of the medicine to be given in capital letter on the reverse side of the voucher.

4. सक्षम अधिकारी द्वारा अनुमोदन पत्र सलंग्न होना चाहिए।

Sanction of the competitive authority to be enclosed.



चिकित्सा बिल की जाँच सूची Checks List for Medical Bills

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. क्या बिल 3 महीने के अवधि के भीतर प्रस्तुत कर रहे हैं।
Whether the Bills are submitted within the period of 3 months. | हाँ / Yes | नहीं / No |
| 2. बिल चिकित्सा करने वाले चिकित्सक से सत्यापित हैं।
Bills are verified by Treating Doctor | हाँ / Yes | नहीं / No |
| 3. प्रेषणीय चिट संलग्न है।
Referral slip is attached. | हाँ / Yes | नहीं / No |
| 4. दावा प्रपत्र कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित है।
Claim forms are signed by employee. | हाँ / Yes | नहीं / No |
| 5. दावा प्रपत्र चिकित्सा करने वाले चिकित्सक द्वारा हस्ताक्षरित है।
Claim forms are signed by treating doctor. | हाँ / Yes | नहीं / No |
| 6. अस्पताल से मुक्ति-पर्ची की प्रति संलग्न है।
Copy of discharge slips Attached. | हाँ / Yes | नहीं / No |
| 7. प्रयोगशाला जाँच के लिए ब्रेक अप राशि दी गई है या नहीं।
Break up amount for lab investigations are given or not. | हाँ / Yes | नहीं / No |
| 8. क्या अस्पताल पैनल में शामिल है या नहीं।
Whether the hospital is empanelled or not. | हाँ / Yes | नहीं / No |
| 9. अगर नहीं तो क्या आपात स्थिति प्रमाण पत्र संलग्न है।
If No whether emergency certificate is attached. | हाँ / Yes | नहीं / No |
| 10. अगर आश्रित है, तो शपथ पत्र संलग्न है या नहीं।
If Dependent, affidavit is attached or not. | हाँ / Yes | नहीं / No |
| 11. अगर बिल संस्थान के बाहर का है तो क्या अनुमति पत्र साथ में संलग्न है (मुख्यालय अवकाश)।
If bills are of out station permission letter is attached (Station Leave). | हाँ / Yes | नहीं / No |
| 12. मूल वेतन दर्शाये।
Basic Salary Indicated. | हाँ / Yes | नहीं / No |

कर्मचारी का हस्ताक्षर / Signature of employee

नाम / Name:-

विभाग / Dept:-