

राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, मिजोरम, मिजोरम के कर्मचारी और उनके परिवार के सदस्यों हेतु चिकित्सा सेवा / उपचार के संबंध में चिकित्सा खर्च के दावा हेतु आवेदन / Application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance and treatment of members of the National Institute of Technology, Mizoram and their families. (हर रोगी के लिए अलग प्रपत्र का उपयोग करें) / (N.B. Separate form should be used for each patient)

1. (i) कर्मचारी का नाम व पद : _____
Name and Designation of an employee: _____
(ii) वेतन / Pay: _____
(iii) आवासीय पता / Residential Address: _____

2. रोगी के संबंध में सूचनाएँ / Information about the patient: _____
(i) रोगी का नाम व कर्मचारी से संबंध : _____
Name of the patient and Relationship: _____
(ii) रोग / illness : _____
(iii) रोग कब से है / Since when ill : _____
(iv) रोगी के बीमार पड़ने का स्थान / Place where fell ill _____
3. दवा राशि और उसका ब्यौरा / Amount claimed and details thereof ₹.: _____
(i) परामर्श की तिथी व परामर्श शुल्क : _____
Date of consultation and fees paid for each visit : _____
(ii) परामर्शदाता चिकित्सा अधिकारी का नाम और पदनाम : _____
Name and designation of Medical officer consulted : _____
(ii) संबंधित अस्पताल / चिकित्सालय : _____
Hospital / Dispensary attached : _____
4. रोग निदान के दौरान विकृतजन्य जीवाणु, विकिरण अथवा अन्य समान जाँच हेतु प्रभार के साथ उल्लेख करें।
Charges for pathological, Bacteriological, Radiological or other similar testes undertaken, during diagnosis indication:
(i) परिक्षण अस्पताल अथवा प्रयोगशाला का नाम : _____
Name of the Hospital and Pathology Laboratory : _____
(i) क्या जाँच अधिकृत चिकित्सालय की सलाह पर ली गई ? यदि हों, तो प्रमाणपत्र संलग्न करें :
Whether the test undertaken on advice of the authorised Medical Attendant ? If so attach certificate :
(iii) बाजार से खरीदी गई दवाईयों की लागत, प्रति हस्ताक्षरित प्रमाणपत्र (मूल रूप में) संलग्न करें :
Cost of Medicines purchased from market, cash memos along with prescription (in original) be attached:
(iv) कुल दावा राशि / Total amount claimed : रू. / ₹.: _____
(v) कुल अनुलग्नक / Total number of enclosures :
5. दवा राशि और उसका ब्यौरा / Total Amount Claimed as above (3+4) ₹.: _____

मैं एतद् घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन पत्र में जो विवरण दिया गया है, वह मेरी जानकारी / विश्वास के अनुसार सही है / तथा जिस व्यक्ति पर यह चिकित्सा खर्च किया गया, वह मुझ पर पूर्ण रूप से निर्भर है तथा वह परिवार का सदस्य नहीं है।

I hereby declare that the statement made in this 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 and in not an earning member of the family.

दिनांक / Date

हस्ताक्षर / Signature

छावा प्रतिहस्ताक्षरित और प्रमाणित किया जाता है कि / Countersigned and certified that the claim :

i) प्रमाणिक है ii) प्रसंग नियम और कानून के अनुसार है iii) बिल, रसीद और अन्य प्रमाण नत्र आदि द्वारा समर्पित है। iv) पूर्व आहत नहीं किया गया। v) मेरे द्वारा स्वीकृत है i) is genuine, ii) is covered by the rules and orders on the subject, iii) is supported by bills, receipts and other certificates etc. iv) was not drawn before and v) has been sanctioned by me.

निदेशक / कुलसचिव / Director / Registrar
राष्ट्रीय प्रौद्योगिकी संस्थान, मिजोरम / National Institute of Technology, Mizoram

केवल बा . रू. वि. उपचार हेतु / For O.P.D Treatment Only

अनिवार्यता प्रमाणपत्र 'अ' :/ ESSENTIALITY CERTIFICATE 'A'

विभाग / अनुभाग: _____ में नियोजित _____ श्रीमती / श्री / कु /
की नत्नी / पति / पुत्र / पुत्री / माता / पिता / श्रीमती / श्री / कु : _____ की यह प्रमाणपत्र दिया जाता है

Certificate granted to Mr/Mrs/Miss : _____

Wife/husband/son/daughter/father-mother of Mr/Mrs : _____

Employed in the: _____

1. मैं डॉ. _____ एतद् द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि

Dr. _____ hereby certify

क) रोगी को डॉ. _____ (चिकित्सा अधिकारी का नाम) / मेरी सलाह पर अस्पताल में भर्ती कराया गया था।

A) That the patient was admitted to hospital on the advice of/on my advice

Dr. _____ (Name of the Medical Officer)

ख) रोगी संस्थान के अस्पताल में उपचाराधिन था और निम्नलिखित निर्धारित / प्रशंसित औषधियों रोगी के स्वास्थ्य लाभ / रोगी की गंभीर हालत को और अधिक खराब होने से बचाने के लिए आवश्यक थी। यह औषधियाँ _____ अस्पताल के भंडार बाह्य रोगियों को आपूर्ति करने के लिए नहीं रखी जाती है तथा इनमें किसी स्वामित्व निर्माण का भी समावेश नहीं है, न ही प्राथमिक आहार वाली औषधियों प्रसाधन और रोगाणुनाशी औषधियों का सम्पाक ही है, इसके बजाय समान रोगनिवारक क्षमता वाली सस्ती औषधियाँ ही सुलभ हैं।

B) That the patient has been under treatment at the _____ Hospital, and that under mentioned medicines prescribed / administered were essential for the recovery / prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the _____ Hospital for supply to private patient and do not include proprietary preparation for which cheaper substances of equal therapeutic value are available, nor preparation of which are primarily food, toilets or disinfectants;

क्रम सं. Sl. No.	औषधियों के नाम Name of the Medicines	मूल्य Price	क्रम सं. Sl. No.	औषधियों के नाम Name of the Medicines	मूल्य Price
1			16		
2			17		
3			18		
4			19		
5			20		
6			21		
7			22		
8			23		
9			24		
10			25		
11			26		
12			27		
13			28		
14			29		
15			30		

ग) दिया गया इन्जेक्शन प्रतिरोधी अथवा रोगनिरोधी उद्देश्य के लिए नहीं था।

C) that the injections administered are not for immunising or prophylactic purposes:

ध) रोगी _____ रोग से पिड़ित है / तथा _____ से _____ तक मेरेउपराधीन है / था।

D) that the patient is/was suffering from _____ and is/was under my treatment from _____ to _____

च) क्ष-किरण, प्रयोगशाला आदि के जिनके लिए रु. _____ व्यय किया गया, आवश्यक था तथा मेरी सलाह पर सरकारी / मान्यताप्राप्त अस्पताल में किया गया था।

E) that the X-ray, Laboratory tests, etc, for which the expenditure of ₹. _____ was incurred were necessary and were undertaken on my advice at the _____ Hospital or _____ (Laboratory).

छ) मैंने डॉ. _____ को विशेषज्ञीय परामर्श के लिए बुलाया।

F) that I called in Dr. _____ for special consultation.

ज) मैंने रोगी को डॉ. _____ के पास परामर्श हेतु भेजा था।

G) that I referred the patient to Dr. _____ for special consultation.

रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी का हस्ताक्षर एवं पदनाम
Signature and Designation of the Medical Officer-in-Charge of the case

दिनांक / Date: _____ स्थान / Place _____

टिप्पणी : प्रमाण पत्र जो आवश्यक नहीं है, उन्हें काट दें। प्रमाण पत्र ' ड ' अनिवार्य रूप से प्रत्येक मामले में चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाना चाहिए।
N.B. : C Certificates not applicable should be struck off Certificate (D) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.