



डॉक्टर हरीसिंह गौर विश्वविद्यालय, सागर (म.प्र.)

(केन्द्रीय वि. विद्यालय)
DOCTOR HARISINGH GOUR VISHWAVIDYALAYA, SAGAR (M.P.)
(A CENTRAL UNIVERSITY)

वित्तीय कार्यालय, सागर (म.प्र.) - 470 003
Finance Department, Sagar, (M.P.) - 470 003
Phone : 07582-265826 - Fax : 264236, 264163

No.:F&A/2024/242

31/07/2024

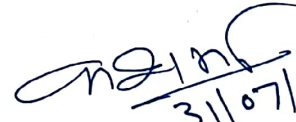
परिपत्र

एतद् द्वारा विश्वविद्यालय के समस्त शिक्षकों, अधिकारियों एवं कर्मचारियों को सूचित किया जाता है कि चिकित्सा प्रतिपूर्ति क्लेम प्रोसेस में बिल ट्रेकिंग मॉड्यूल क्रियान्वित होने के बाद आ रही कठिनाईयों को ध्यान में रखते हुए प्रक्रिया को सुगम बनाने हेतु विश्वविद्यालय के मुख्य चिकित्सा अधिकारी से चर्चा उपरांत एवं उनके पत्र क्रमांक H&S Depat. 344 दिनांक 26.06.2024 के माध्यम से दिये गये सुझावों के आधार पर चिकित्सा प्रतिपूर्ति क्लेम करने हेतु निम्नानुसार प्रक्रिया निर्धारित की गई है।

1. चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु दावाकर्ता द्वारा चिकित्सा व्ययों की प्रतिपूर्ति हेतु निर्धारित फार्म में प्रविष्टि कर संबंधित चिकित्सक से प्रमाणित कराकर मूलप्रति समस्त संलग्नकों के साथ वित्त एवं लेखा शाखा में प्रस्तुत किया जायेगा।
2. तत्पश्चात् वित्त एवं लेखा अनुभाग क्लेम फार्म की जाँच कर मुख्य चिकित्सा अधिकारी, विश्वविद्यालय स्वास्थ्य केन्द्र को जाँच हेतु प्रेषित करेगा।
3. विश्वविद्यालय स्वास्थ्य केन्द्र द्वारा सी.जी.एच.एस./सी.सी.एस. (एम.ए.) नियमों के आधार पर प्रतिपूर्ति योग्य बिलों को चिकित्सकीय रूप से सत्यापित कर क्लेम फार्म वित्त एवं लेखा शाखा को प्रेषित करेंगे।
4. विश्वविद्यालय स्वास्थ्य केन्द्र से सत्यापित बिलों को पुनः जाँच कर एवं प्रतिपूर्ति योग्य राशि निर्धारित करने के उपरांत क्लेम फार्म को वित्त एवं लेखा शाखा द्वारा समर्थ पोर्टल पर अपलोड कर दिया जावेगा। क्लेम फार्म अपलोड करने का क्रम निम्नानुसार रहेगा।

मेडीकल रिमबर्समेंट क्लेम समरी ➡ चेक लिस्ट ➡ मेडीकल क्लेम फार्म ➡ सर्टिफिकेट ए/बी ➡ ओ.पी.डी./आई.पी.डी. ➡ बिल ➡ रिपोर्ट

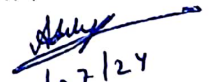
संलग्नक :- 1. मेडीकल रिमबर्समेंट क्लेम समरी
2. चेक लिस्ट


31/07/24
वित्ताधिकारी

डॉ. हरीसिंह गौर विश्वविद्यालय
सागर (म.प्र.)

प्रतिलिपि:

1. विश्वविद्यालय के समस्त शिक्षक, अधिकारी एवं कर्मचारी।
2. मा. कुलपति जी को उनके निजी सचिव के माध्यम से सूचनार्थ।
3. कुलसचिव जी को सूचनार्थ।
4. गार्ड फाईल।


31/07/24
31.07.24



MEDICAL REIMBURSEMENT CLAIM SUMMARY

1.	Name of the Applicant													
2.	Name of patient and Relationship with Patient													
3.	Date of treatment taken													
4.	Routine/Emergency													
5.	In case of emergency certificate attached/No													
6.	Treatment taken at CGHS/ Govt./Private/empaneled Hospital													
7.	Name of Hospital & taxability													
8.	Name of Doctor													
9.	Dependent's eligibility													
10.	Within time limit of submission of form Yes/No													
11.	Employee Permanent/Temporary													
12.	Type of claim final payment/adjustment of advance taken if any													
13.	Claim amount before medical certification:													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%;">Bill No.</th> <th style="width: 25%;">Claim Amt.</th> <th style="width: 25%;">Payable Amt.</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Bill No.	Claim Amt.	Payable Amt.										
Bill No.	Claim Amt.	Payable Amt.												
14.	Details of Medical Reimbursement Case a) Original Prescription b) Reports Pathology/Radiology Attached/Not c) Bill Original d) Discharge Card e) Claim form latched A/B f) Bill verified by concerned hospital/doctor g) TA/DA claim for travel if any													
15.	Final reimbursable amount after medical certification:													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 16.6%;">Bill No.</th> <th style="width: 16.6%;">Claim Amt.</th> <th style="width: 16.6%;">Payable Amt.</th> <th style="width: 16.6%;">Taxable/Non-taxable</th> <th style="width: 16.6%;">TDS</th> <th style="width: 16.6%;">Amt. Net Payable</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Bill No.	Claim Amt.	Payable Amt.	Taxable/Non-taxable	TDS	Amt. Net Payable							
Bill No.	Claim Amt.	Payable Amt.	Taxable/Non-taxable	TDS	Amt. Net Payable									

अंतर्वासी/ओ.पी.डी. (जो भी लागू हो) रोगी के उपचार की चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रकरण के प्रारंभिक परीक्षण हेतु चेकलिस्ट

स.क्र.	शासकीय कर्मचारी/उनके आश्रितों के चिकित्सा प्रतिपूर्ति देयक के परीक्षण बिन्दु	प्रशासकीय विभाग का टीप ✓ का निशान लगाए	
1.	अंतर्वासी या ओ.पी.डी. रोगी के रूप में उपचार उपरान्त चिकित्सा प्रतिपूर्ति के लिए आवेदन प्रपत्र में प्रस्तुत किया गया है।	हाँ	नहीं
2.	शासकीय कर्मचारी का नाम व रोगी से उसके संबंध का स्पष्ट उल्लेख किया गया है।	हाँ	नहीं
3.	आपातकालीन चिकित्सीय अवस्था प्रमाण पत्र संलग्नित है (केवल आपात चिकित्सकीय उपचार प्रकरणों में)	हाँ	नहीं
4.	बीमारी का स्पष्ट उल्लेख किया गया है (Name of the Disease in Block Letters)	हाँ	नहीं
5.	बीमारी की अवधि का स्पष्ट उल्लेख किया गया है।	हाँ	नहीं
6.	चिकित्सालय का नाम एवं CS(MA)/CGHS चिकित्सालय का सूचीबद्ध/गैर सूचीबद्ध होने का स्पष्ट उल्लेख किया गया।	हाँ	नहीं
7.	सभी चिकित्सा देयक छः माह के अन्तर्गत प्रस्तुत किये गये हैं।	हाँ	नहीं
8.	उपचारित बीमारी के सी.जी.एच.एस. पैकेज/पैकेजेस के विवरण का उल्लेख है NABH/Non NABL तथा NABH/NABL अस्पतालों हेतु CGHS Jabalpur के प्रचलित पैकेज दर वर्तमान तक।	हाँ	नहीं
9.	अस्पताल का Discharge Summary/ card संलग्नित है।	हाँ	नहीं
10.	अस्पताल का अंतिम देयक (Final Bill) संलग्नित है।	हाँ	नहीं
11.	दावा की गई कुल राशि का उल्लेख है।	हाँ	नहीं
12.	रोग निदान के दौरान दावा किए गए पैथोलॉजी/बैक्टीरियोलॉजी/रेडियोलॉजी/अन्य जांच संबंधी मूल रसीद संलग्नित है।	हाँ	नहीं
13.	क्र. 11 में दावा किए गए पैथोलॉजी/बैक्टीरियोलॉजी/रेडियोलॉजी/अन्य जांचों की रिपोर्ट संलग्नित है।	हाँ	नहीं
14.	क्रय की गई औषधियों के मूल कैश मेमो संलग्नित है।	हाँ	नहीं
15.	प्रस्तुत आवेदन में शासकीय कर्मचारी का नाम एवं हस्ताक्षर तथा अस्पताल अधीक्षक/प्रभारी/संबंधित चिकित्सक के प्रति हस्ताक्षर है	हाँ	नहीं
16.	मरीज से संबंधित यात्रा देयक (वाहन/रेल/वायु) आदि के प्रमाण-पत्र यदि लागू हैं।	हाँ	नहीं

Checklist for Medical reimbursement files.
Appr

परीक्षणकर्ता के हस्ताक्षर एवं
 प्रशासकीय विभाग की सील