

उच्च न्यायालय मध्यप्रदेश : जबलपुर

सूचना-पत्र

क्रमांक B/3803 लेखा / 2023

जबलपुर, 02 मई, 2023

निर्देशानुसार समस्त शासकीय सेवक (अधिकारी एवं कर्मचारी) अवगत हो कि मध्यप्रदेश शासन के नवीन मध्यप्रदेश सिविल सेवा (चिकित्सा परिचर्या) नियम 2022 आदेशानुसार दिनांक 03.08.2022 से समस्त शासकीय सेवकों के चिकित्सा प्रतिपूर्ति देयकों की स्वीकृतियों एवं भुगतान हेतु मध्यप्रदेश शासन द्वारा जारी संलग्न प्ररूप क्रमांक एक से छह तक उपचार के स्वरूप अनुसार प्रोफार्मा में भरकर प्रस्तुत करें।

संलग्न:- प्ररूप क्रमांक एक से छह

(विकास चन्द्र मिश्रा)

रजिस्ट्रार (प्रशासन)

पृष्ठांकन क्रमांक B/3804 लेखा

जबलपुर, दिनांक 02/06/2023

प्रतिलिपि:-

- 1 श्रीमान् रजिस्ट्रार जनरल, उच्च न्यायालय मध्यप्रदेश के प्रमुख निजी सचिव की ओर सूचनार्थ)
- 2 रजिस्ट्रार (प्रशासन/पी0पी0एस0) उच्च न्यायालय मध्यप्रदेश जबलपुर।
- 3 संचालक, राज्य न्यायिक अकादमी, निवर्तमान मध्यप्रदेश राज्य प्रशासनिक अधिकरण भवन, जबलपुर।
- 4 ज्वाइंट रजिस्ट्रार (प्रोटोकॉल), उच्च न्यायालय म0प्र0, जबलपुर।
- 5 विशेष कर्तव्यस्थ अधिकारी, निवर्तमान राज्य प्रशासनिक अधिकरण, जबलपुर।
- 6 लेखा अधिकारी, उच्च न्यायालय म0प्र0, जबलपुर।
- 7 श्री/श्रीमती/कु0/सुश्री-----अनुभाग अधिकारी/ इंचार्ज, उच्च न्यायालय म0प्र0, जबलपुर।
- 8 प्रोटोकॉल अधिकारी, उच्च न्यायालय म0प्र0 जबलपुर
- 9 प्रभारी सर्वर रूम, उच्च न्यायालय म0प्र0 जबलपुर की ओर, उक्त सूचना पत्र के साथ संलग्न प्ररूप क्रमांक एक से छह तक प्रोफार्मा उच्च न्यायालय की वेबसाइट पर अपलोड करने हेतु।

(विकास चन्द्र मिश्रा)  
रजिस्ट्रार (प्रशासन)

## प्ररूप – एक

## आपातकालीन चिकित्सीय अवस्था प्रमाण-पत्र

(नियम 5 देखिए)

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी.....  
 आत्मज, पत्नी, पुत्री, परिवार के सदस्य ..... आयु ..... निवासी ..  
 ..... मध्यप्रदेश और मध्यप्रदेश शासन के ..... विभाग  
 के कर्मचारी को ..... चिकित्सालय, (पता) ..... में  
 चिकित्सालय के ..... विभाग में दिनांक ..... दिन/माह/वर्ष को  
 आपातकालीन स्थिति में ..... बजे (दिन/रात) आई.पी.डी. रजिस्ट्रीकरण क्रमांक .....  
 से अनन्तिम डायग्नोसिस ..... के साथ आपातकालीन उपचार आवश्यक हो  
 जाने के कारण भर्ती किया गया।

चिकित्सालय से छुट्टी के समय रोगी का अन्तिम डायग्नोसिस .....  
 स्थापित किया गया।

वह आपातकालीन उपचार शुल्क के रूप में उससे रुपये ..... प्रभारित किए  
 गए। प्रभारी चिकित्सा अधिकारी द्वारा सम्यक् रूप से हस्ताक्षरित उपचार परचा/चिकित्सालय  
 देयक/कैश मेमो/डिस्चार्ज टिकट संलग्नित है।

शासकीय कर्मचारी का नाम .....  
 कर्मचारी की कोड संख्या .....  
 कार्यालय का पता .....  
 संपर्क नम्बर .....  
 दिनांक .....

प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर  
 प्रभारी चिकित्सा अधिकारी का नाम .....  
 रजिस्ट्रीकरण क्रमांक .....  
 चिकित्सालय की मुद्रा .....

..... (नाम) द्वारा प्रति हस्ताक्षरित  
 ..... चिकित्सालय का अस्पताल अधीक्षक  
 चिकित्सालय की मुद्रा .....  
 संपर्क नम्बर .....

**प्ररूप – दो**  
**बाह्य रोगी उपचार की चिकित्सा प्रतिपूर्ति के लिए आवेदन का प्ररूप**  
**(नियम 6 देखिए)**  
**(दो प्रतियों में प्रस्तुत किया जाए)**

1. शासकीय कर्मचारी का नाम तथा पदनाम  
(बड़े अक्षरों में)
2. शासकीय कर्मचारी के कार्यालय का पता
3. शासकीय कर्मचारी का विभाग
4. (क) रोगी का नाम और उसका शासकीय कर्मचारी से संबंध  
(ख) सन्तान की दशा में निम्नलिखित जानकारी भी दीजिए –  
(एक) जन्म तिथि (दिन/माह/वर्ष)  
(दो) जन्म, क्रमानुसार  
(तीन) कुल जीवित संतान
5. शासकीय कर्मचारी का निवास का पता
6. ओ.पी.डी. के क्रमांक तथा दिनांक सहित उपचार पर्ची\*
7. रोग का नाम तथा उसकी अवधि  
(विशिष्ट दिनांक सहित)
8. उन औषधियों की सूची जिनके लिए प्रतिपूर्ति मांगी गई है

अनुक्रमांक	दुकान का नाम	कैश मेमो का क्रमांक तथा दिनांक	औषधि का नाम	मात्रा	कुल मूल्य
(1)	.....	.....	.....	.....	.....
(2)	.....	.....	.....	.....	.....

9. प्राधिकृत चिकित्सक का नाम तथा पदनाम
10. वह दिनांक/वे दिनांक जिनको आवश्यकता प्रमाण-पत्र, उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा हस्ताक्षरित और सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित किया गया
11. वह दिनांक जिसको चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा नियंत्रणकर्ता अधिकारी को प्रस्तुत किया गया
12. आवेदक शासकीय कर्मचारी द्वारा दावा की गई कुल राशि
13. प्राधिकृत चिकित्सक द्वारा अनुमोदित कुल राशि

\*टिप्पणी: ओ.पी.डी. के क्रमांक तथा दिनांक सहित उपचार पर्ची की मूल/फोटो प्रति के बिना प्रस्तुत की गई मांग की प्रतिपूर्ति नहीं की जाएगी।

दिनांक .....

शासकीय कर्मचारी के हस्ताक्षर

## प्ररूप – तीन

दीर्घकालीन उपचार की आवश्यकता वाले रोगों के लिए प्रमाण-पत्र  
(नियम 6 का परन्तुक देखिए)

क्लीनिकल परीक्षण करने के पश्चात् एतद्वारा यह प्रमाणित किया जाता है कि .....  
..... विभाग के श्री/श्रीमती/कुमारी .....  
पति/पत्नी/पुत्र/पुत्री ....., माह/वर्ष ..... से .....  
रोग\* के लिए मेरे बाह्य रोगी के रूप में उपचाराधीन है और उनका दीर्घ अवधि तक उपचार  
चलना संभावित है।

\*दीर्घ अवधि तक बाह्य रोगी उपचार की आवश्यकता वाले पुराने रोग (रोगों) का नाम/के  
नाम स्पष्ट रूप से वर्णित किए जाएं।

प्राधिकृत चिकित्सक

शासकीय चिकित्सालय का नाम .....म.प्र.

प्राधिकृत चिकित्सक का नाम .....

मध्यप्रदेश चिकित्सा परिषद् का रजिस्ट्रीकरण क्रमांक ..... दिनांक .....

( ..... )  
सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक के प्रतिहस्ताक्षर

दिनांक .....

जिला चिकित्सालय .....म.प्र.

प्ररूप – चार

अन्तर्वासी रोगी उपचार की चिकित्सा प्रतिपूर्ति के लिए आवेदन का प्ररूप

[नियम 9 का उप-नियम (1) तथा नियम 13 का उप-नियम (1) देखिए]

(टीप: प्रत्येक रोगी के लिए पृथक प्ररूप का उपयोग किया जाए)

1. शासकीय कर्मचारी का नाम तथा पदनाम  
(बड़े अक्षरों में)

\_\_\_\_\_

2. शासकीय कर्मचारी के कार्यालय का पता

\_\_\_\_\_

3. शासकीय कर्मचारी का वेतन  
(मूलभूत नियमों में परिभाषित किए गए  
अनुसार तथा कोई अन्य परिलब्धियां, जिन्हें  
पृथक से दर्शाया जाना चाहिए)

\_\_\_\_\_

4. शासकीय कर्मचारी का विभाग

\_\_\_\_\_

5. वर्तमान निवास का पता

\_\_\_\_\_

6. रोगी का नाम तथा उसका शासकीय कर्मचारी  
से सम्बन्ध

\_\_\_\_\_

टिप्पणी: सन्तान की दशा में निम्नलिखित जानकारी  
दीजिए, अर्थात् (आयु भी बताएं) : -

(एक) जन्म तारीख  
(दिन/माह/वर्ष) तथा  
आयु, पूर्ण वर्षों में

\_\_\_\_\_

(दो) जन्म, क्रमानुसार

\_\_\_\_\_

(तीन) कुल जीवित सन्तानें

\_\_\_\_\_

7. वह स्थान जहां रोगी बीमार हुआ

\_\_\_\_\_

8. बीमारी का स्वरूप और उसकी अवधि  
(सी.जी.एच.एस. पैकेज के संदर्भ सहित)

\_\_\_\_\_

## 9. चिकित्सा प्रतिपूर्ति के लिए विवरण

## (1) चिकित्सालय का विवरण:

(एक) चिकित्सालय का नाम  
(सूचीबद्ध / गैर-सूचीबद्ध)

(दो) चिकित्सालय का पता

(तीन) पंजीयन क्रमांक तथा पंजीयन  
की विधिमान्यता

## (2) प्राधिकृत चिकित्सक:

(एक) प्राधिकृत चिकित्सक का  
नाम तथा पदनाम

## (3) सी.जी.एच.एस. पैकेज का विवरण:

(एक) वह पैकेज अथवा वे पैकेज  
जिनके अंतर्गत चिकित्सा प्रतिपूर्ति  
का दावा किया जा रहा है

(दो) निम्नलिखित को दर्शाते हुए रोग  
निदान के दौरान की गई पैथोलॉजी,  
बैक्टीरियोलॉजी, रेडियोलॉजी अथवा अन्य  
जांचों के लिए शुल्क

(क) उस चिकित्सालय या प्रयोगशाला  
का नाम जहां जांच की गई

(ख) क्या जांच प्राधिकृत चिकित्सक  
के परामर्श पर गई ?

(तीन) बाजार से खरीदी गई ओषधियों का  
मूल्य

(ओषधियों की सूची, कैश मेमो  
/ आवश्यकता प्रमाण-पत्र  
संलग्न किए जाए)

(चार) चिकित्सालय में लिया गया उपचार:

निम्नलिखित के लिए शुल्कों को पृथक से  
दर्शाते हुए चिकित्सालय में लिए गए उपचार  
के लिए शुल्क -

(एक) आवास शुल्क (आवास के प्रकार  
का जैसे अन्तर्वासी रोगी को रुकने के लिए

लिया गया जनरल वॉर्ड/सेमी-प्राइवेट वॉर्ड/  
प्राइवेट वॉर्ड/आई.सी.यू. का विवरण देते हुए  
एक प्रमाण पत्र संलग्न किया जाए।

(दो) भोजन

(तीन) शल्य क्रिया अथवा चिकित्सीय उपचार

(चार) निम्नलिखित को दर्शाते हुए पैथोलॉजी,  
बैक्टीरियोलॉजी, रेडियोलॉजी अथवा अन्य  
जांचें -

(क) उस चिकित्सालय या प्रयोग शाला  
का नाम जहां जांचें की गई; और

(ख) क्या जांच चिकित्सालय में केस के  
प्रभारी चिकित्सा अधिकारी की  
परामर्श पर की गई थी? यदि हां  
तो इस आशय का एक प्रमाण-पत्र  
संलग्न किया जाए

(पांच) औषधियां

(छह) विशिष्ट औषधियां

(औषधियों की सूची, कैंस मेमो तथा  
आवश्यकता प्रमाण-पत्र संलग्न किए जाए)

(सात) सामान्य उपचर्या

(आठ) विशिष्ट उपचर्या अर्थात् रोगी के लिए  
विशेष रूप से रखी गई नर्स। इस बात का  
उल्लेख कीजिए कि क्या वह चिकित्सालय  
में रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के  
परामर्श पर रखी की गई थी अथवा शासकीय  
कर्मचारी या रोगी के निवेदन पर। पहली  
स्थिति में रोगी के चिकित्सा अधिकारी  
का प्रमाण-पत्र, जो चिकित्सालय के अस्पताल  
अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित किया गया  
हो, संलग्न किया जाए

(नौ) कोई अन्य शुल्क अर्थात् विद्युत पंखा, हीटर  
वातानुकूलक (एयर कंडीशनर) आदि  
संबंधी शुल्क। इस बात का भी उल्लेख

कीजिए कि क्या निर्दिष्ट सुविधाएं उन्हीं सुविधाओं का एक भाग हैं, जो सभी रोगियों को सामान्य रूप से दी जाती है और रोगी के लिए कोई विकल्प नहीं था।

टिप्पणी:— यदि उपचार शासकीय कर्मचारी द्वारा अपने निवास स्थान पर कराया गया हो, तो ऐसे उपचार के ब्यौरे दीजिए और प्राधिकृत चिकित्सक का प्रमाण पत्र संलग्न कीजिए।

10. दावा की गई कुल राशि

11. सहपत्रों की सूची (जिसमें ओ.पी.डी. तथा आई.पी.डी.) का क्रमांक तथा दिनांक सहित पर्चे की मूल/फोटो प्रति सम्मिलित है)

शासकीय कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित की जाने वाली घोषणा ।

मैं, एतद्वारा यह घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिए गए विवरण मेरी पूर्ण जानकारी एवं विश्वास के अनुसार सही है और यह कि जिस व्यक्ति पर चिकित्सा व्यय उपगत हुआ है, वह पूर्णतः मुझ पर आश्रित है।

दिनांक .....

( )  
शासकीय कर्मचारी के हस्ताक्षर तथा  
कार्यालय का नाम, जिससे वह सम्बद्ध है

( )  
अस्पताल अधीक्षक के प्रतिहस्ताक्षर



## प्ररूप – पांच

राज्य के बाहर के सूचीबद्ध निजी चिकित्सालय में अन्तर्वासी रोगी के रूप में उपचार के लिए  
रेफरल प्रमाण पत्र

(नियम 11 का उप नियम (3) देखिए)

क्रमांक .....

दिनांक .....

मैं, डॉ. .... प्राध्यापक, ..... शासकीय  
चिकित्सा महाविद्यालय, मध्यप्रदेश एवं ..... विभाग का विभागाध्यक्ष  
एतद्वारा यह प्रमाणित करता हूँ कि मैंने ..... विभाग में  
.....के पद पर कार्यरत श्री/श्रीमती/कुमारी ..... के परिवार के  
सदस्य पुत्र/पुत्री/पत्नी ..... आयु ..... ओ.पी.डी. टिकट  
क्रमांक ..... दिनांक ..... का परीक्षण कर लिया है।

उक्त रोगी ..... रोग से ग्रस्त है और उसे मध्यप्रदेश के  
राज्य के बाहर उपचार/प्रक्रिया के लिए रेफर किया जाता है।

उपचार की उपरोक्त सुविधा मध्यप्रदेश राज्य में उपलब्ध नहीं है।

दिनांक .....

हस्ताक्षर और मुद्रा .....

नाम .....

विभागाध्यक्ष, ..... शासकीय

चिकित्सा महाविद्यालय .....

मध्यप्रदेश

दिनांक .....

प्रतिहस्ताक्षरित, द्वारा

हस्ताक्षर और मुद्रा.....

नाम .....

अधिष्ठाता, ..... शासकीय

चिकित्सा महाविद्यालय .....

मध्यप्रदेश

प्ररूप - छह

आवश्यकता प्रमाण पत्र

(नियम 13 का उप-नियम (2) देखिए)

क. उन औषधियों की दशा में जो आवश्यक दवा सूची में सम्मिलित न हों

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी ..... पुत्र/पुत्री/पत्नी .....  
 जो कि ..... विभाग में कार्यरत है [का उपचार दिनांक .....  
 से दिनांक ..... तक ..... रोग के लिए मेरे द्वारा अंतर्वासी/बाह्य रोगी के रूप में  
 उपचाररत रहे और यह कि उस सम्बन्ध में मेरे द्वारा उन्हें नीचे वर्णित औषधियां विहित की गई है। ] ये औषधियां  
 आवश्यक दवा सूची में सम्मिलित नहीं है।

उपरोक्त शासकीय कर्मचारी के उपचार के लिए ये औषधियों नितान्त आवश्यक है।

अनुक्रमांक	औषधि (औषधियों) के नाम	मूल्य
(1)	.....	.....
(2)	.....	.....
(3)	.....	.....

दिनांक .....

प्राधिकृत चिकित्सक का हस्ताक्षर तथा पदनाम

सिविल सर्जन सह मुख्य चिकित्सालय अधीक्षक  
 के प्रति हस्ताक्षर

दिनांक .....

(केवल उस दशा में जब वह स्वयं प्राधिकृत चिकित्सक न हो)

ख. उस दशा में जब औषधियां आवश्यक दवा सूची में तो सम्मिलित हैं किन्तु भण्डार में नहीं हैं/अनुपलब्ध हैं  
 मैं प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी ..... पुत्र/पुत्री/पत्नी ..... जो कि  
 ..... विभाग में कार्यरत है का उपचार ..... (रोग का नाम) के लिए मेरे  
 अधीन ..... चिकित्सालय में दिनांक ..... से दिनांक ..... तक  
 अन्तर्वासी/बाह्य रोगी के रूप में मेरे उपचाराधीन रहे और इस सम्बन्ध में मेरे द्वारा नीचे वर्णित औषधियां विहित की  
 गई है। ये औषधियां ..... चिकित्सालय के भण्डार में नहीं है/अनुपलब्ध है। इन  
 औषधियों में ऐसी कोई औषधि नहीं है जो प्रोप्राईटरी औषधि अथवा आवश्यक दवा सूची में सम्मिलित हो और न ही वे  
 ऐसी निर्मित वस्तुएं हैं जो मुख्यतः भोज्य पदार्थ, प्रसाधन सामग्री अथवा रोगाणुनाशी पदार्थ हों।

सारल क्रमांक	औषधि (औषधियों) के नाम	मूल्य
(1)	.....	.....
(2)	.....	.....
(3)	.....	.....

दिनांक .....

प्राधिकृत चिकित्सक का हस्ताक्षर व पदनाम

सिविल सर्जन सह मुख्य चिकित्सालय अधीक्षक के प्रति हस्ताक्षर  
 (केवल उस दशा में जब वह स्वयं प्राधिकृत चिकित्सक न हो)

दिनांक .....

मध्यप्रदेश के राज्यपाल के नाम से तथा आदेशानुसार,

बसंत कुर्र, उपसचिव