

# Medical Reimbursement

## ਇਲਾਜ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ

(ਇਲਾਜ ਉਪਚਾਰ ਖਰਚਿਆਂ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਪ੍ਰਮਾਣ-ਪੱਤਰ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ)

ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸ਼੍ਰੀ/ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ/ਕੁਮਾਰੀ .....

..... ਵਿੱਚ ਕਰਮਚਾਰੀ ਹੈ, ਉਹ

..... ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਉਪਚਾਰ ਅਧੀਨ ਰਿਹਾ /ਰਹੀ ਹੈ ਅਤੇ

ਉਸਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਵਲੋਂ ਤਜਵੀਜ਼ ਕੀਤੀਆਂ ਹੋਠ ਲਿਖੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਜਰੂਰੀ ਹਨ।

1. ਅਧਿਕਾਰੀ ਰੋਗੀ ਨੂੰ ਦੇਣ ਲਈ ਇਹ ਦਵਾਈਆਂ ..... (ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਂ) ਦੇ ਸਟਾਕ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਸਨ।
2. ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤਜਵੀਜ਼ ਕੀਤੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦਾ ਕੋਈ ਸਸਤਾ ਅਤੇ ਅਸਰਦਾਰ ਵਿਕਲਪ ਨਹੀਂ ਹੈ।
3. ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਰੋਗੀ ਦਾ ਇਲਾਜ ਜਰੂਰੀ ਸੀ।
4. ਇਲਾਜ ਦਾ ਸਮਾਂ ..... ਤੋਂ ..... ਤੱਕ ਹੈ।
5. ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਲੇਮ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕੀਮਤ ਉਚਿਤ ਹੈ।
6. ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤਜਵੀਜ਼ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਪਰਟਿਕ ਕਿਸਮ ਦੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਆਦਿ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਕੀਮਤ ਸਮੇਂ-ਸਮੇਂ ਤੇ ਇਸ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਸਰਕਾਰ ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤੇ ਹੁਕਮਾਂ ਅਧੀਨ ਪ੍ਰਤੀਪੂਰਤੀ ਕਰਨਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ।
7. ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤਜਵੀਜ਼ ਕੀਤੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਉਸ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਹਨ ਜੋ ਕਿ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਵੀਂ ਦਿੱਲੀ ਵਲੋਂ ਪੱਤਰ ਨੰ. 334214 ਜੀ.ਐਚ. ਮਿਤੀ 15.10.74 ਰਾਹੀਂ ਕੇਂਦਰੀ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਲਈ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਅਤੇ ਜਿਸਨੂੰ ਸਮੇਂ-ਸਮੇਂ ਤੇ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਹੁਕਮ ਨੰ. 11373/ਪੀ.ਐਸ.ਐਚ. 76/92345 ਮਿਤੀ 2.1.75/ 6.3.75 ਰਾਹੀਂ ਪੰਜਾਬ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਤੇ ਲਾਗੂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ।
8. ਕਿਉਂਕਿ ਉਹ ..... ਦਾ ਰੋਗੀ ਹੈ।

ਦਵਾਈਆਂ ਦਾ ਨਾਂ	ਇਨਡੋਰ ਟਿਕਟ ਨੰ. ਅਤੇ ਦਵਾਈਆਂ ਤਜਵੀਜ਼ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਦਵਾਈਆਂ ਖਰੀਦਣ ਦੀ ਅਸਲੀ ਮਿਤੀ	ਰਕਮ		ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਕਥਨ
			ਰੁਪਏ	ਪੈਸੇ	

1. ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰੀ ਕੁੱਲ ਤਨਖਾਹ ..... ਰੁ. ਹੈ।
2. ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜਿਸ ਲਈ ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਕਲੇਮ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਉਹ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦਾ/ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਉਹ ਮੇਰੇ ਉਤੇ ਆਸ਼ਰਿਤ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਮੇਰਾ/ਮੇਰੀ ਸਕਾ/ਸਕੀ ..... ਹੈ।
3. ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਦਵਾਈਆਂ ਇਲਾਜ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਹੀ ਖਰੀਦੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਨ।
4. ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰਾ/ਮੇਰੇ ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਇਸ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਕਲੇਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ।
5. ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਦਵਾਈ ਭੱਤਾ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦਾ।

# Medical Claimant Form

## Performa for Claiming Reimbursement of Medical Charges

1. Name of Claimant .....
2. Designation .....
3. Office in which working .....
4. Basic Pay.....
5. Relation with Claimant ..... Self/Wife/Son/Daughter/Father
6. Duration of Treatment : From ..... To .....
7. Name of the Patient.....
8. Name of Hospital/Dispensary .....
9. No. & Date of Prescription .....
10. Amount Claim of reimbursed Rs. ....
11. Name of the dealer from whom purchased number & date along with total amount f the cash memo issued by him .....
12. Name & designation of the concerning authority. ....

Signature of Claimant

### DECLARATION

1. I hereby declare that medicine purchased for treatment of the patient has been wholly consumed.
2. I hereby declare that the treatment for which charge is being claimed preferred during the course of treatment.
3. I hereby declare that the treatment for self/dependent for above mentioned period has been got from the dispensary/hospital.
4. It is declared that the dependent/member in respect of whose treatment medical claimant of ..... is being claimed is not employed anywhere he/she has no source of income. He/She wholly dependent upon me/resides with me.
5. I hereby declare that Shri/Smt..... reimbursement is being claimed employed in office of ..... distance of ..... miles from ..... state situated at a. It is certified that He/She ..... will not claim the said amount from his/her office not he / she will claim the amount of this bill in future.
6. Certified that the claim has been checked and found correct in all respect.

Signature of the Head of  
the Office/ institution

Signature of Claimant

## ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲ ਚੈੱਕ ਕਰਨ ਲਈ ਸੂਚੀ

1. ਇਹ ਕਿ ਇਸ ਦੀ ਰਕਮ 1200/- ਰੁਪਏ ਦੀ ਸੀ, ਜੋ ਕਿ ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਹੱਦ ਹੈ।
2. ਦਵਾਈਆਂ ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਗਈ ਮਿਆਦ ਦੇ ਅੰਦਰ ਖਰੀਦੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।
3. ਬਿੱਲ ਇਲਾਜ ਮੁਕੰਮਲ ਹੋਣ ਤੇ 6 ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਅੰਦਰ ਭੇਜ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ। ਵੱਜੋਂ ਸਬੂਤ ਡਾਇਰੀ ਨੰ. ....
4. ਇਹ ਕਿ ਦਵਾਈ/ਮੱਦਾਂ ਪ੍ਰਤੀਪੂਰਤੀਯੋਗ ਹਨ।
5. ਰਿਇੰਬਰਸਮੈਂਟ ਅਤੇ ਨਰੀਖਕਮੈਂਟ ਦੀਆਂ ਹੱਦਾਂ ਅਲੱਗ ਵਿਖਾਈਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਜੋ ਪੜਤਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਸਕੇ।
6. ਇਹ ਕਿ ਕਲੇਮ ਆਊਟ ਡੋਰ ਜਾਂ ਇਨ ਡੋਰ ਹੈ।
7. ਇਹ ਕਿ ਬਿੱਲ ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਸਮੇਂ ਸਮੇਂ ਤੇ ਜਾਰੀ ਹਦਾਇਤਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਹੈ।
8. ਇਹ ਕਿ ਇਸ ਦਾ ਜੋੜ ਠੀਕ ਹੈ।
9. ਇਹ ਕਿ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਬੱਝਵਾਂ ਮੈਡੀਕਲ ਭੱਤਾ ਲੈਂਦਾ ਹੈ।
10. ਇਹ ਕਿ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਇਸ ਸਾਲ ਵਿੱਚੋਂ ਸਾਰੀ 3000/- ਰੁਪਏ ਆਊਟ ਡੋਰ ਰਿਇੰਬਰਸਮੈਂਟ ਦੀ ਰਕਮ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੈ। (1200/- ਰੁਪਏ ਕਲੇਮ ਲਈ)
11. ਇਹ ਕਿ ਪਰਚੀ ਅਤੇ ਬਿੱਲ ਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਮੈਡੀਕਲ ਅਫ਼ਸਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ਹਨ।
12. ਇਹ ਕਿ ਉਪਰ ਦਫਤਰ ਮੁਖੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ਹਨ।
13. ਇਹ ਕਿ ਲੇਖਾ ਨੰ. .... ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਹੈੱਡ ਅਧੀਨ ਫੰਡ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।
14. ਇਹ ਕਿ ਇਸ ਬਿੱਲ ਦੀ ਠੀਕ ਪੜਤਾਲ ਕਰ ਲਈ ਹੈ, ਪੜਤਾਲੀਏ ਦਾ ਨਾਂ ਮੋਟੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।
15. ਸਕੱਤਰ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਹਦਾਇਤਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਨਾਂ ਮੋਟੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖੇ ਗਏ ਹਨ।
16. ਸਕੱਤਰ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਹਦਾਇਤਾਂ ਸਾਰੇ ਵਿਭਾਗ ਕੋਲ ਹੋਣੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਇਨ-ਬਿਨ ਪਾਲਣਾ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।
17. ਇਹ ਕਿ ਨਾ ਪ੍ਰਤੀਪੂਰਤੀ ਯੋਗ ਦਵਾਈਆਂ/ਮੱਦਾਂ ਕੱਟ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।
18. ਇਹ ਕਿ ਖੁਰਾਕ ਦੇ ਖਰਚੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹਨ।
19. ਇਹ ਕਿ ਹੀਟਰ ਅਤੇ ਏ.ਸੀ. ਦਾ ਖਰਚਾ ਇਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ।
20. ਇਹ ਕਿ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕਮਰੇ ਦਾ ਕਿਰਾਇਆ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ। (ਪੀ.ਜੀ.ਆਈ. ਚੰਡੀਗੜ੍ਹ ਲਈ ਪ੍ਰਵਾਨਿਤ ਹੈ।)  
(ੳ). ਇਹ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਮੇਰੇ ਉਪਰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਿਰਭਰ ਹੈ।  
(ਸਬੂਤ ਵੱਜੋਂ ਪਹਿਲੇ ਦਰਜੇ ਦੇ ਮੈਜਿਸਟੇਟ ਦਾ ਤਸਦੀਕ ਸ਼ੁਦਾ ਬਿਆਨ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਹੈ।)
21. ਸਿਰਫ ਚੰਡੀਗੜ੍ਹ, ਮੁਹਾਲੀ ਪਿੰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰਮਚਾਰੀ ਉਥੇ ਰਹਿੰਦੇ ਸੇਵਾ ਮੁਕਤ ਕਰਮਚਾਰੀ, ਪੀ.ਜੀ.ਆਈ. ਚੰਡੀਗੜ੍ਹ ਤੋਂ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਬਾਕੀ ਸਾਰਿਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਿਵਲ ਸਰਜਨ ਤੋਂ ਰੈਫਰ ਕਰਵਾਉਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ।
22. ਇਹ ਕਿ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਤੋਂ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਉਣ ਸਬੰਧੀ ਅੰਡਰਟੇਕਿੰਗ ਕਰਮਚਾਰੀ ਤੋਂ ਲੈ ਲਈ ਹੈ। ਬਣਾਏ ਬਿੱਲ ਨੱਥੀ ਹਨ ਤੇ ਚੈੱਕ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ।
23. ਇਹ ਕਿ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ ਲਈ ਬਿੱਲ ਸਰਕਾਰ ਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਬੋਰਡ ਤੋਂ ਮਨਜ਼ੂਰ ਹਨ।
24. ਇਹ ਕਿ ਰਾਜ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਬੋਰਡ ਤੋਂ ਮਨਜ਼ੂਰ ਹਨ।
25. ਇਹ ਕਿ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਨਿਰਦੇਸ਼ਕ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪੰਜਾਬ, ਚੰਡੀਗੜ੍ਹ ਤੋਂ ਮਨਜ਼ੂਰ ਹੈ।

ਹਸਤਾਖਰ

## ਸਵੈ ਘੋਸ਼ਣਾ / ਅੰਡਰਟੇਕਿੰਗ

ਮੈਂ ..... ਪੁੱਤਰ/ਪੁੱਤਰੀ/ਪਤਨੀ ਸ੍ਰੀ ..... ਵਾਸੀ  
..... ਬਿਆਨ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ :

1. ਮੈਂ ਬਤੌਰ ..... ਵਿਖੇ ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ।
2. ਮੈਂ ..... ਦਾ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਇੰਬਰਸਮੈਂਟ ਬਿੱਲ ਸਮਾਂ  
..... ਤੋਂ ..... ਤੱਕ ਦਾ ਜੋ ਕਿ  
.....(ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਂ) ਦਾ ਹੈ।
3. ਮੈਂ ਇਹ ਕਲੇਮ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਪਾਸੋਂ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਹੈ।
4. ਮੈਂ ਇਹ ਮੈਡੀਕਲ ਕਲੇਮ ਸਰਕਾਰੀ ਰੇਟਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕਰਨ ਨੂੰ ਤਿਆਰ ਹਾਂ, ਵਿਭਾਗ ਦੇ ਨਿਯਮਾਂ ਤੇ ਰੂਲਾਂ ਪ੍ਰਤੀ ਪਾਬੰਦ ਰਹਾਂਗਾ/ਰਹਾਂਗੀ।
5. ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲ ਦੀ ਮੰਜੂਰੀ ਹੋਣੀ ਰਾਸ਼ੀ ਵਿੱਚ ਜੇਕਰ ਮੈਨੂੰ ਕੋਈ ਵਾਧੂ ਅਦਾਇਗੀ ਹੋ ਗਈ ਤਾਂ ਉਹ ਰਾਸ਼ੀ ਵਾਪਸ ਕਰਨ ਦਾ ਪਾਬੰਦ ਰਹਾਂਗਾ/ਰਹਾਂਗੀ।

ਹਸਤਾਖਰ