



# संस्थान चिकित्सालय भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान, रुड़की

(चिकित्सा उपचार पर हुए व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु आवेदनपत्र Form for Medical Reimbursement Claim)

फार्म जमा कराते समय निम्नलिखित बातों का ध्यान दें निम्नलिखित की अनुपस्थिति में क्लेम अपूर्ण समझा जायेगा :

Please check the following before submitting the claim The claim will be treated as incomplete in the absence of the following :

कृपया टिक करें/Please Tick

1.	मरीज की वैध चिकित्सा पुस्तिका के फोटो सहित प्रथम पृष्ठ की फोटो कॉपी/ Xerox copy of the first page of patient's medical booklet.	संलग्न किया Attached
2.	चिकित्साधिकारी द्वारा बाहर दिखने (रैफर) हेतु प्रदान की गई अनुमति सम्बन्धी पृष्ठ की फोटो कॉपी जो अधिक से अधिक तीन माह के लिए ही मान्य है। Xerox copy of the page where the patient is granted approval for outside Reference which is valid upto three months only.	संलग्न किया Attached
3.	दवाओं के समस्त बिल, सम्बद्ध चिकित्सक द्वारा सत्यापित करवाकर लगायें। /All the bills of Medicine and Tests duly verified by treating Physician be attached.	संलग्न किया Attached
4.	डाक्टर का पर्चा लगायें। /Attach the Prescription of the treating Doctor.	संलग्न किया Attached
5.	रिइम्बर्समेंट क्लेम हेतु दिये गये समस्त पैथोलोजी टैस्ट एवं एक्सरे इत्यादि की फोटो कापी लगायें। /Attach the Xerox copies of all the pathological tests and x-ray for which the claim is being made.	संलग्न किया Attached
6.	रुपये 5000/- एवं उससे अधिक के क्लेम हेतु रसीदी टिकट लगायें। /Affix revenue stamp for claim of Rs. 5000/- or more.	लगा दिया Attached
7.	भुगतान हेतु बिल रैफर की दिनांक से तीन माह की अवधि के अन्दर अवष्य प्रस्तुत कर दें। /Submit your claim bill within the period of three months from the date of referral positively.	चेक किया Checked
8.	कृपया सभी बिलों /वाउचरों पर "मेरे द्वारा भुगतान किया गया" लिखकर हस्ताक्षरित करें। /Please write "PAID BY ME" on all Bills/ Vouchers and sign	हस्ताक्षरित किया Signed

## मेडिकल रिइम्बर्समेंट क्लेम का विवरण/ Details of Medical Reimbursement Claim

- भारतीय प्रौद्योगिकी संस्थान के रेग्यूलर कर्मचारी का नाम व पद : \_\_\_\_\_  
(Name & Designation of REGULAR IITR EMPLOYEE)
- कर्मचारी संख्या/ Employee No. : \_\_\_\_\_
- मरीज की वैध चिकित्सा पुस्तिका संख्या : \_\_\_\_\_  
[Valid Medical Booklet No.(of Patient)]
- विभाग/कार्यालय /केन्द्र का नाम/Name of Deptt./ Office/Centre : \_\_\_\_\_
- बैंक का नाम व एकाउन्ट संख्या/ Name of Bank & Bank Account No. : \_\_\_\_\_
- आई.आई.टी. की दूरभाष संख्या/Telephone No. of IIT Rke : \_\_\_\_\_  
मोबाइल सं./Mobile No. : \_\_\_\_\_  
ई-मेल/E-Mail : \_\_\_\_\_
- (अ) रोगी का नाम और आयु/Name of Patient & Age : \_\_\_\_\_  
(ब) कर्मचारी से सम्बन्ध/ Employee's Relation with Patient : \_\_\_\_\_
- प्रतिपूर्ति हेतु धनराशि/Amount Claimed : \_\_\_\_\_  
(अ) अग्रिम धनराशि का विवरण यदि कोई है/Details of Advance taken if Any : \_\_\_\_\_  
(ब) दावे हेतु धनराशि/Total Claim for Reimbursement : \_\_\_\_\_
- संलग्न वाउचरों की संख्या (शब्दों में) / No. of Vouchers Enclosed : \_\_\_\_\_
- रैफर का दिनांक Date of Referral : \_\_\_\_\_
- रैफर करने वाले डाक्टर का नाम Name of doctor : \_\_\_\_\_



मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिये गये बयान मेरे विश्वास और ज्ञान के आधार पर सत्य हैं और कि वह व्यक्ति जिसके निमित्त डाक्टरी व्यय किया गया वे मेरे ऊपर पूर्णतः आश्रित है तथा उस व्यक्ति की आय का अन्य कोई स्रोत नहीं है और न ही उक्त व्यक्ति मेरे सिवाय किसी अन्य पर आश्रित है ।

दिनांक / Dated \_\_\_\_\_

कर्मचारी के हस्ताक्षर Signature of Employee

**मुख्य चिकित्सा अधिकारी एवं कुलषासक वित्त एवं योजना के कार्यालय द्वारा प्रयोग हेतु**  
(To be filled in by the Office of the Chief Medical Officer & Dean Finance & Planning)

1. उक्त रोगी के लिए जो दवाईयां निर्धारित की गई वे उक्त रोगी की गम्भीर रूप से बिगड़ती स्थिति में सुधार के लिए आवश्यक है। उन दवाईयों के वाउचर विधिवत जांच के उपरान्त संलग्न हैं ।
2. प्रस्तावित औषधियां चिकित्सालय के भण्डार में उपलब्ध नहीं थी इनमें वे औषधियां भी सम्मिलित नहीं हैं जिनके समकक्ष और उनसे प्रभाव वाली औषधियां भण्डार में उपलब्ध हो तथा वे औषधियां जो भोजन, सौन्दर्य प्रसाधन या कीटनाशक औषधियों की सूची में आती हों । इन्हें क्रय करने की अनुमति दे दी गई थी/ये उपचार के स्थान पर क्रय की गई हैं।
3. मुख्य चिकित्सा अधिकारी/चिकित्सा अधिकारी द्वारा जांच किए वाउचरों का विवरण उपरोक्त रूपये के वाउचर सत्यापित किये जाते हैं।

श्री/ डा. \_\_\_\_\_ को चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति के निमित्त  
रूपये \_\_\_\_\_  
(शब्दों में रूपये \_\_\_\_\_)

का भुगतान, स्वीकार किया जाता है और कुलषासक वित्त एवं योजना कार्यालय को आगे कार्यवाही हेतु प्रेषित किया जाता है

Affix Revenue  
Stamp if Claim  
is Rs. 5000/-  
or above