ਦਫਤਰ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਸਿੱਖਿਆ ਵਿਭਾਗ(ਸੈ.ਸਿ.), ਪੰਜਾਬ

ਵੱਲ

ਸਮੂਹ ਜਿਲ੍ਹਾ ਸਿੱਖਿਆ ਅਫਸਰ (ਸੈ.ਸਿ.), ਪੰਜਾਬ,
ਸਮੂਹ ਜਿਲ੍ਹਾ ਸਿੱਖਿਆ ਅਫਸਰ (ਐ.ਸਿ.), ਪੰਜਾਬ
ਸਮੂਹ ਸਕੂਲ ਮੁੱਖੀ, ਸਰਕਾਰੀ ਸਕੂਲ, ਪੰਜਾਬ,
ਸਮੂਹ ਬੀ.ਪੀ.ਈ.ਓ. ਪੰਜਾਬ।

ਮੀਮੋ ਨੰ: 15/55-19ਕੋ:(1)/189674-77
ਮਿਤੀ:-ਐਸ.ਏ.ਐਸ. ਨਗਰ। 11-08-2020

ਵਿਸ਼ਾ: ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲ ਆਨਲਾਈਨ ਕਰਨ ਸਬੰਧੀ।

ਹਵਾਲਾ: ਉਪਰੋਕਤ ਵਿਸ਼ੇ ਤੇ ਇਸ ਦਫਤਰ ਦੇ ਪੱਤਰ ਨੰ: 15/55-19ਕੋ:(1)/121461 ਮਿਤੀ: 28.05.2020 ਦੀ ਲਗਾਤਾਰਤਾ ਵਿੱਚ।

ਉਪਰੋਕਤ ਵਿਸ਼ੇ ਸਬੰਧੀ ਮੈਨੂੰ ਇਹ ਲਿਖਣ ਦੀ ਹਦਾਇਤ ਹੋਈ ਹੈ ਕਿ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰੀਆ ਸਰਲ ਬਣਾਉਣ ਅਤੇ ਕਲੇਮਾਂ ਦੇ ਜਲਦੀ/ਸਮਾਂਬੱਧ ਨਿਪਟਾਰੇ ਲਈ ਸਿੱਖਿਆ ਵਿਭਾਗ ਪੰਜਾਬ ਵੱਲੋਂ ਈ.ਪੰਜਾਬ ਸਕੂਲ ਪੋਰਟਲ ਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲਾਂ ਦੇ ਕਲੇਮਾਂ ਨੂੰ ਆਨ-ਲਾਈਨ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਫਟਵੇਅਰ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।ਇਸ ਪੋਰਟਲ ਤੇ ਕਲੇਮ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਤੋਂ ਪੂਰਤੀਯੋਗ ਰਕਮ ਦੀ ਵੈਰੀਫਿਕੇਸ਼ਨ/ਕਾਰਜਬਾਦ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਉਪਰੰਤ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੀ ਈ.ਪੰਜਾਬ ਸਕੂਲ ਦੀ ਆਈ. ਡੀ. ਤੋਂ ਅਪਲੋਡ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਹੈ। ਕਰਮਚਾਰੀ ਵੱਲੋਂ ਅਪਲੋਡ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਉਪਰੰਤ ਡੀ.ਡੀ.ਓ./(ਸਕੂਲ/ਦਫਤਰ ਦੇ ਮੁੱਖੀ) ਵੱਲੋਂ ਕਲੇਮ ਦੀ ਪੰਜਾਬ ਮੈਡੀਕਲ ਅਟੈਂਡੈਂਟ ਰੂਲਜ਼ ਅਨੁਸਾਰ ਪੜਤਾਲ ਕਰਨ ਉਪਰੰਤ ਜੇਕਰ ਕਲੇਮ 50,000/- ਰੁਪਏ ਤੋਂ ਘੱਟ ਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਸਿੱਖਿਆ ਵਿਭਾਗ ਦੇ ਪੱਤਰ ਨੰ: 11/98/18-5ਸਿ-6/127470/1-3 ਮਿਤੀ: 18.07.2018 ਅਤੇ ਇਸ ਦਫਤਰ ਦੇ ਪੱਤਰ ਨੰ: ਗ.ਸ.ਪੱਤਰ ਨੰ: 15/86-2015ਕੋ-ਸ਼ਾਖਾ(1)/201835098 ਮਿਤੀ: 10.08.2018 ਰਾਹੀ ਰੀ-ਡੈਲੀਗੇਟ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਪਾਵਰਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਡੀ.ਡੀ.ਓ. ਪੱਧਰ ਤੇ ਹੀ ਸੈਕਸ਼ਨ/ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ।ਕੇਵਲ 50,000/- ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਦੇ ਬਿੱਲ ਹੀ ਮੁੱਖ ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਵਿੱਤੀ ਸੈਕਸ਼ਨ/ਮੰਜ਼ੂਰੀ ਲਈ ਫਾਰਵਰਡ ਕੀਤੇ ਜਾਣ।

ਪੋਰਟਲ ਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋ ਰਹੇ ਮੈਡੀਕਲ ਕਲੇਮਾਂ ਸਬੰਧੀ ਕਲੇਮੈਂਟ ਵੱਲੋਂ ਮੁਕੰਮਲ/ਸਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾ ਭਰੇ ਜਾਣ ਜਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪੂਰੇ ਅਪਲੋਡ ਨਾ ਹੋਣ ਜਾਂ ਨਾ ਪੜ੍ਹਨਯੋਗ ਨਾ ਹੋਣ ਕਾਰਨ ਕਲੇਮ ਇਤਰਾਜ ਅਧੀਨ ਲੰਬਿਤ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਮੈਡੀਕਲ ਕਲੇਮਾਂ ਦੀ ਜਲਦੀ ਨਿਪਟਾਰੇ ਲਈ ਕਲੇਮੈਂਟ/ਡੀ.ਡੀ.ਓ. ਵੱਲੋਂ ਅਪਲੋਡ/ਫਾਰਵਰਡ ਕਰਨ ਸਮੇਂ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਦਾ ਧਿਆਨ ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇ:-

ਕਲੇਮੈਂਟ ਵੱਲੋਂ ਮੈਡੀਕਲ ਕਲੇਮ ਆਨ-ਲਾਈਨ ਕਰਨ ਸਮੇਂ ਧਿਆਨ ਰੱਖਣ ਯੋਗ ਗੱਲਾਂ:-

1. ਪੋਰਟਲ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਕਾਲਮ ਭਰੇ ਜਾਣ।

2. ਅਪਲੋਡ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼:-
   ੳ) ਅਸ਼ੈਂਸਿਏਲਟੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ (Essentiality Certificate)
   ਅ) ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਦੀ ਮੰਜ਼ੂਰੀ
   ੲ) ਸਵੈ-ਘੋਸ਼ਣਾ ਪੱਤਰ
   ਸ) ਡਿਸਚਾਰਜ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ(ਇਨਡੋਰ ਇਲਾਜ ਦੇ ਕੇਸ ਵਿੱਚ)/ਕਰਾਨਿਕ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ(ਆਊਟ ਡੋਰ ਇਲਾਜ ਦੇ ਕੇਸ ਵਿੱਚ)
3. ਨਾਲ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨਮੂਨੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸਵੈ-ਘੋਸ਼ਣਾ ਪੱਤਰ ਸਾਫ-ਸਾਫ ਟਾਇਪ ਕਰਕੇ ਅਪਲੋਡ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ। ਨਿਰਭਰ ਪਰਿਵਾਰਿਕ ਮੈਂਬਰ ਦੇ ਇਲਾਜ ਸਬੰਧੀ ਕਲੇਮ ਵਿੱਚ ਹਲਫੀਆ ਬਿਆਨ ਵਿੱਚ ਨਿਰਭਰ ਮੈਂਬਰ ਦਾ ਕਾਰੋਬਾਰ, ਮਾਸਿਕ ਆਮਦਨ, ਜਾਇਦਾਦ ਸਬੰਧੀ ਵੇਰਵਾ, ਕੀ ਉਹ ਆਮਦਨ ਕਰ ਦਾਤਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਬਾਰੇ ਜ਼ਰੂਰ ਬਿਆਨ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ।
4. ਪੋਰਟਲ ਤੇ ਭਰੀ ਗਈ ਸੂਚਨਾ ਅਪਲੋਡ ਕੀਤੇ ਗਏ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਨੁਸਾਰ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਸਕੂਲ ਮੁੱਖੀ/ਡੀਡੀਓ ਵੱਲੋਂ ਮੈਡੀਕਲ ਕਲੇਮ ਆਨ-ਲਾਈਨ ਫਾਰਵਰਡ ਕਰਨ ਸਮੇਂ ਧਿਆਨ ਰੱਖਣਯੋਗ ਗੱਲਾਂ:-

1. ਕਰਮਚਾਰੀ ਵੱਲੋਂ ਪੋਰਟਲ ਵਿੱਚ ਭਰੀ ਗਈ ਸੂਚਨਾ ਮੁਕੰਮਲ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ।
2. ਕਰਮਚਾਰੀ ਵੱਲੋਂ Essentiality Certificate, ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਦੀ ਮੰਜ਼ੂਰੀ, ਸਵੈ-ਘੋਸ਼ਣਾ ਪੱਤਰ ਡਿਸਚਾਰਜ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ/ਕਰਾਨਿਕ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਪਲੋਡ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ ਅਤੇ ਪੜ੍ਹਨਯੋਗ ਹਨ।
3. ਡੀ.ਡੀ.ਓ. ਵੱਲੋਂ ਪੰਜਾਬ ਮੈਡੀਕਲ ਅਟੈਂਡੈਂਟ ਰੂਲਜ਼ ਦੇ ਉਪਬੰਧਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਕਲੇਮ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪੜ੍ਹਤਾਲ ਕਰਨ ਉਪਰੰਤ ਮੁੱਖ ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਫਾਰਵਰਡ ਕੀਤੇ ਜਾਣ।
4. ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਦੀ ਮੰਜ਼ੂਰੀ ਉਪਰੰਤ 50,000/- ਤੋਂ ਘੱਟ ਦੇ ਕਲੇਮਡੀ.ਡੀ.ਓ. ਪੱਧਰ ਤੇ ਹੀ ਮਨਜ਼ੂਰ ਹੋਣੇ ਹਨ। ਪੰਜਾਹ ਹਜ਼ਾਰ ਰੁਪਏ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦੇ ਕਲੇਮ ਹੀ ਮੁੱਖ ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਫਾਰਵਰਡ ਕੀਤੇ ਜਾਣ।

ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਸਿੱਖਿਆ ਵਿਭਾਗ(ਸੈ.ਸਿ.), ਪੰਜਾਬ

ਕਰਮਚਾਰੀ/ਰਿਟਾਇਰੀ ਵੱਲੋਂ ਆਪਣੇ ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਦੇ ਕਰਵਾਏ ਇਲਾਜ ਦਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਣਾ ਵਾਲਾ ਸਵੈ-ਘੋਸ਼ਣਾ ਪੱਤਰ

ਮੈਂ ________________, ਪੁੱਤਰ ਸ੍ਰੀ ________________, ਵਾਸੀ ਮਕਾਨ ਨੰ: _______, ਸੈਕਟਰ/ਮੁਹੱਲਾ/ਪਿੰਡ _____________, ਜਿਲ੍ਹਾ ___________, ਦਾ ਰਹਿਣ ਵਾਲਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸਵੈ-ਘੋਸਣਾ ਕਰਦਾ ਹਾਂ:-

1. ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਬਤੌਰ.. ਵਿਖੇ ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ, ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਸੀ।।ਮੇਰੀ ਜੁਆਇਨਿੰਗ/ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਦੀ ਮਿਤੀ:.................. ਹੈ।

3. ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਤੇ ਆਸ਼ਰਿਤ..................... (ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਸਬੰਧ ਲਿਖਿਆ ਜਾਵੇ)ਦਾ ਇਲਾਜ ਮਿਤੀ: .... ਤੋਂ ....ਤੱਕ ....ਹਸਪਤਾਲ ਵਿਖੇ ਇੰਨਡੋਰ/ਆਉਟ ਡੋਰ ਕਰਵਾਇਆ ਹੈ।(ਜੇਕਰ ਇਲਾਜ ਇੰਨਡੋਰ ਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਡਿਸਚਾਰਜ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨੱਥੀ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਇਲਾਜ ਆਊਟਡੋਰ ਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕਰਾਨਿਕ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨੱਥੀ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ)।

4. ਇਹ ਕਿ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਕਰਵਾਏ ਇਲਾਜ ਵਾਲਾ ਆਸ਼ਰਿਤ ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ/ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ.................ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਰਕਾਰੀ ਜਾਂ ਗੈਰ-ਸਰਕਾਰੀ ਅਦਾਰੇ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹੈ।ਉਸ ਦੀ ਆਮਦਨ ਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਸੀਲਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।ਉਹ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਮੇਰੇ ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਹੈ ਅਤੇ ਉਕਤ ਦੱਸੇ ਪਤੇ ਅਨੁਸਾਰ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਪੱਕੇ ਤੌਰ ਤੇ ਰਹਿ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹੈ।

ਜਾਂ

ਇਹ ਕਿ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਕਰਵਾਏ ਇਲਾਜ ਵਾਲਾ ਆਸ਼ਰਿਤ ਸ਼੍ਰੀ/ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ......................ਅਦਾਰੇ ....ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹੈ।ਉਸ ਦੀ ਮਾਸਿਕ ਆਮਦਨ............. ਰੁ: ਹੈ।

5. ਇਹ ਕਿ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਕਰਵਾਏ ਇਲਾਜ ਵਾਲਾ ਆਸ਼ਰਿਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਤਹਿਤ ਕਵਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ/ਹੁੰਦੀ ਅਤੇ ਇਹ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਤੋਂ ਕਲੇਮ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

6. ਇਹ ਕਿ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਪਹਿਲੀਵਾਰ ਕਲੇਮ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ।

7. ਇਹ ਕਿ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਕਰਵਾਏ ਇਲਾਜ ਤੇ ਕੁੱਲ ਖਰਚ.....................ਰੁ: ਆਇਆ ਹੈ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਵੱਲੋਂ ਇਹ ਬਿੱਲ ਰਕਮ..................... ਰੁ: ਦਾ ਪ੍ਰਵਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

8. ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਉਕਤ ਦਰਸਾਏ ਗਏ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਹੋਏ ਖਰਚੇ ਦਾ ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਰੇਟਾਂ ਤੇ ਕਲੇਮ ਲੈਣ ਲਈ ਤਿਆਰ ਹਾਂ।

9. ਇਹ ਕਿ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲ ਬਿਲਕੁਲ ਸਹੀ ਹੈ, ਜੇਕਰ ਇਹ ਕਿਸੇ ਸਟੇਜ਼ ਤੇ ਜਾਅਲੀ ਜਾਂ ਹੇਰਾਫੇਰੀ ਵਾਲਾ ਸਾਬਤ ਹੋਇਆ ਤਾਂ ਮੈਂ ਸਿਵਲ/ਕ੍ਰਿਮਨਲ ਸਜਾ ਦਾ ਭਾਗੀਦਾਰ ਹੋਵਾਂਗਾ/ਹੋਵਾਂਗੀ।

ਮਿਤੀ:

ਸਥਾਨ: ਬਿਆਨ ਕਰਤਾ

ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰਾ ਉਕਤ ਬਿਆਨ ਸਹੀ ਅਤੇ ਦਸਰੁਤ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਤੱਥ ਛੁਪਾਇਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ।

ਮਿਤੀ:

ਸਥਾਨ: ਬਿਆਨ ਕਰਤਾ

ਨੋਟ:- ਉਪਰੋਕਤ ਨਮੂਨੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸਵੈ-ਘੋਸ਼ਣਾ ਟਾਈਪ ਕਰਵਾ ਕੇ ਭੇਜਿਆ ਜਾਵੇ। ਵਾਧੂ ਸ਼ਬਦ ਟਾਈਪ ਕਰਵਾਉਣ ਸਮੇਂ ਨਾ ਲਿਖੇ ਜਾਣ। ਲਿੰਗ ਅਨੁਸਾਰ ਹੀ ਵਾਕ ਲਿਖੇ ਜਾਣ।

ਕਰਮਚਾਰੀ/ਰਿਟਾਇਰੀ ਵੱਲੋਂ ਆਪਣੇ ਕਰਵਾਏ ਇਲਾਜ ਦਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਣਾ ਵਾਲਾ ਸਵੈ-ਘੋਸ਼ਣਾ ਪੱਤਰ

ਮੈਂ ________________, ਪੁੱਤਰ ਸ੍ਰੀ ________________, ਵਾਸੀ ਮਕਾਨ ਨੰ: _______, ਸੈਕਟਰ/ਮੁਹੱਲਾ/ਪਿੰਡ _____________, ਜਿਲ੍ਹਾ ____________, ਦਾ ਰਹਿਣ ਵਾਲਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸਵੈ-ਘੋਸਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ:-

1. ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਬਤੌਰ.. ਵਿਖੇ ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ, ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਸੀ।।ਮੇਰੀ ਜੁਆਇਨਿੰਗ/ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਦੀ ਮਿਤੀ:.................. ਹੈ।
2. ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਆਪਣਾ ________________ ਦਾ ਇਲਾਜ ਵਿਖੇ ਦਾਖਲ ਰਹਿ ਕੇ ਕਰਵਾਇਆ ਹੈ।ਜਿਸਦਾ ਕੁੱਲ ਖਰਚਾ ______________/- (____________________________ ਰੁਪਏ ਆਇਆ ਹੈ।(ਜੇਕਰ ਇਲਾਜ ਇੰਨਡੋਰ ਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਡਿਸਚਾਰਜ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨੱਥੀ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਇਲਾਜ ਆਊਟਡੋਰ ਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕਰਾਨਿਕ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨੱਥੀ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ)।
3. ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਉਕਤ ਅਨੁਸਾਰ ਇਲਾਜ ਤੇ ਹੋਏ ਖਰਚੇ ਦਾ ਸਰਕਾਰ ਵਲੋਂ ਨਿਸਚਿਤ ਰੇਟਾਂ ਤੇ ਕਲੇਮ ਲੈਣ ਲਈ ਤਿਆਰ ਹਾਂ।
4. ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਇਸ ਕਲੇਮ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਸਬੰਧੀ ਕੋਈ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਕਲੇਮ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਰਾਂਗਾ/ਕਰਾਂਗੀ।
5. ਇਹ ਕਿ ਮੈਂ ਇਸ ਕਲੇਮ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਜਾਂ ਹੋਰ ਏਜੰਸੀ ਤੋਂ ਕਲੇਮ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਕਰਾਂਗਾ/ਕਰਾਂਗੀ।
6. ਇਹ ਕਿ ਮੈਡੀਕਲ ਕਲੇਮ ਸਹੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਇਹ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਟੇਜ ਤੇ ਜਾਅਲੀ ਜਾਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਹੇਰਾਫੇਰੀ ਸਾਬਤ ਹੋਈ ਤਾਂ ਸਿਵਲ/ਵਿਭਾਗੀ ਸਜਾ ਦਾ ਭਾਗੀਦਾਰ ਹੋਵਾਂਗਾ/ਹੋਵਾਂਗੀ।

ਮਿਤੀ:

ਸਥਾਨ: ਬਿਆਨ ਕਰਤਾ

ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰਾ ਉਕਤ ਬਿਆਨ ਸਹੀ ਅਤੇ ਦਸਰੁਤ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਤੱਥ ਛੁਪਾਇਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ।

ਮਿਤੀ:

ਸਥਾਨ: ਬਿਆਨ ਕਰਤਾ

ਨੋਟ:- ਉਪਰੋਕਤ ਨਮੂਨੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸਵੈ-ਘੋਸ਼ਣਾ ਟਾਈਪ ਕਰਵਾ ਕੇ ਭੇਜਿਆ ਜਾਵੇ। ਵਾਧੂ ਸ਼ਬਦ ਟਾਈਪ ਕਰਵਾਉਣ ਸਮੇਂ ਨਾ ਲਿਖੇ ਜਾਣ। ਲਿੰਗ ਅਨੁਸਾਰ ਹੀ ਵਾਕ ਲਿਖੇ ਜਾਣ।

2

APPENDIX 'D'

ESSENTIALITY CERTIFICATE

I certify that Mrs./Mr.Miss... wife/son/daughter of Shri .... epmployed in the .... underm my treatment at the ....

Hospital/my consulting room and that the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were absolutely essentinal for the treatment and recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The mediciens were not stocked in the ....

(Name of the hospital) for supply to entitled patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substitutes of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily food toilets or disinfections.

2. Certified that treatment as in-patient was not neccessar.

1. Certified that the medicines charged have no cheaper effetive substitute.

2. Period of treatment from .... to ....

3. Certified the price calimed in reasonable.

4. Certified that the medicines are not in the nature of tonics,ext,the cost of which is not reimburseable under Government orders issued on the subject from time to time.

5. Certified that the medicines prescribed are not in the list of employees by the D.G.H.S New Delhi,vide his No.S(14)-11/4/74/MC,dated 12-09-1974 as amended from time to tome which has been made applicable mutatis mutandis to punjab Government employees, vide Pb. Government Memo No. 1164-4 HB-61/53159, dated 21-12-1961.

6. He/she was suffering form...

1	2	3	4
Name fo Medicines	Outdoor ticket No. & Date on which prescribed	Date on which actually purchased	Price Rs.P.

Countersigned Signature and Designation of the Civil Surgeon Authorised Medical Attendant

Government employee should certify on the essentially certificate, his basic pay declared by him, before his Authorised Medical Attendant at the time of receiving treatment, for determing the status of the Authorised Medical attendant to whose servies the Govt. employee was entitled. This Certificate should be given by the Govt.employee himself on the essentiality certifcate before is is being filled in by him.(DHS Pb's letter No. 566-GII-(1)-61-778/162776-85 dated 16-05-1961)

APPENDIX 'E'

ESSENTIALITY CERTIFICATE

(for use of Pensioners)

Date of treatment :

P.P.O. No. :

Treasury from which pension is drawan :

Pay before retirement :

For indoor patient :

Registration Number :

Date of Registration :

Name of the Medical Institiute/Hospital :

Name of the treating Doctor :

(in capital letters)

Name of the patient :

Address of the patient :

Suffring from :

Period of treatment from .... To ....

I, Dr... certify that patient has been admitted to the.. Hospital, as in an indoor patient as is being essential for his treatment for the recover/prevention of serious deterioration in the patient on my advice/ the advice of ....

Signature

Name in block letters of
Medical Officer/Authorised
Medical Attendant

Dated:

I, Dr... certify that Mr./Mrs.............................

wife of Shri....................................... that been under my indoor treatment at .... Hospital, and that the under mentioned treatment, drugs, laboratory, tests, X- rays etc. prescribed by me in this connection were absolutely essential in the treatment and recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines were not stocked in the .... Hospital for supply to the private entitled patients and do not include proprietary prepparation for which cheaper subtitute of equal therapeutic value are available, nor preparations which are primarily food, toilets or disinfectants.

2. Certified that the treatment as in-patient was necessary. He/she war suffering from.......................................

Period treatment from............................

Certified that the medicines charged have no cheaper effective substitutes.

Certified that the price is reasonable.

Certified that the medicines are not in the nature of tonics etc.

Or

Certified that the medicines which are in the nature of tonic/foods were prescribed as medicines as essential.

Certified that the medicines prescribed are not in the list of Medicines/articles as dreawn up to Central Government employees by the D.G.H.S. New Delhi vide is No. 4-18158-MII, dated 16 th August, 1958 as amended from time to time which has been made applicable mutatis mutandis to Punjab Government employees, vide Punjab Government MemoNo. 10451-HBIV/61/647769, dated 17th November, 1961. The last revised list is given in the Punjab Government letter No.10714-15831-Ch/HBI-66/7706, dated 25-1966.

Certified that the X-ray, laboratory tests, investigations etc. for which expenditure wars incurred as given below were necessary and were undertaken on my advice at the .... Hospital.

Certified that the injection administered were not for immunising or prophylactic purposes and were essential for treatment.

Certified that I called on Dr................................ for special consultation and the necessary approval of the .... was obtained(Name of the chief Administrative Medical Officer of the State/Punjab Government, as required under the rules-refer para 503 and 504 of the punjab Medical Manual and rule 2(3)(iV) of the Punjab Services(Medical Attendance) Rules, 1940, as amended from time to time.

Particluars of expenditure incurred, as admissible:-

Nature of charges	Amount	Receipt No./Dated
Charges paid to the Hospital Admission Fee		

Room rent from.......................... to ....

Medical attendance charges from............................ to....................................

X-ray Charges:

Laboratory Charges:

Speical medicines:

Operation Charges:

Serial No. Price	Name of the medicines (in block letters)	Name of Chemist	Cash Memo No.& date	Price
Countersigned Signature of the Authorised Medical Superintendent of Hospital. Medical Attendant/ Medical officer in charge, Designation.				

1. Certified that my wife is wholly and solely dependent upon me and is residing with me. She is not in Government service.

2. Certified that the treatment pertains to myself.

3. Certified that the medicines have been purchased during the period f treatment.

Signature of the Claimant

(with service/post from which retired)