

कार्यालय, प्रधान लेखा नियंत्रक (फै.)
Office of the Principal Controller of accounts (Fys.)
10-ए, एस.के.बोस रोड ,कोलकाता-700001
10A, S.K.Bose Road, Kolkata-700001

सं.998/प्रशा-चिकित्सा/दिनांक -
No.998/AN-MED/

Date -

सेवा में/To,
प्रभारी अधिकारी/Officer-in-charge,
लेखा कार्यालय/Accounts Office,
.....
.....

विषय :-चिकित्सा खर्चदावा की प्रतिपूर्ति-नामे शेष की वसूली।
Subject: - Reimbursement of Medical claim – recovery of debit balance.

संदर्भ :-आपका सं. दिनांक
Ref. :- Your No..... Date.....

श्री/श्रीमती.....द्वारा प्रस्तुत रु.....के
बिल को रु..... के लिए पास किया गया एवं उनके द्वारा आहरित अग्रिम के विरुद्ध
रु.....की धनराशि समायोजित कर दी गई है (रु.....पहले ही एमआरओ
सं.....दिनांक..... के द्वारा जमा कर दिया गया है) जिसके
परिणामस्वरूप रु..... के सकल नामे शेष की वसूली उनके वेतन एवं भत्ते से की जाए ।

The claim of Rs..... preferred by Sri/Smt.....has
been passed for Rs.....(Rs..... already deposited through MRO
No.....dated.....) drawn by him resulting in a net debit balance of Rs.
..... which may be recovered from pay and allowance of the individual.

(कृ.पृ.उ./PTO)

रू..... की अस्वीकृतियों का ब्योरा निम्नलिखित है :-
Details of disallowances of Rs..... are as under :-

कृपया पावती दें ।

Please ackl. Receipt

सहा. लेखा अधिकारी (फै.)

Asstt. Accounts Officers (Fys)

प्रतिलिपि/Copy to :-

पंजीकृत/Registered

प्रतिलिपिCopy to /-

श्री/श्रीमती.....

Shri/Smt..... -सूचनार्थ/For information.

सहा. लेखा अधिकारी (फै.)

Asstt. Accounts Officers (Fys)

कार्यालय, प्रधान लेखा नियंत्रक (फै.)
Office of the Principal Controller of accounts (Fys.)
10-ए, एस.के.बोस रोड ,कोलकाता-700001
10A, S.K.Bose Road, Kolkata-700001

सं.998/प्रशा-चिकित्सा/दिनांक -
No.998/AN-MED/

Date -

सेवा में/To,
प्रभारी अधिकारी/Officer-in-charge,
लेखा कार्यालय/Accounts Office,
.....
.....

संदर्भ :-आपका बिल सं. दिनांक
Ref. :- Your Bill No..... Date.....

विषय :-चिकित्सा खर्चदावा की प्रतिपूर्ति-शून्य भुगतान।
Subject: - Reimbursement of Medical claim-NIL payment.

बिल की लेखा परीक्षा की गई एवं शून्य भुगतान के लिए पास किया गया ।
The bill has been audited and passed for NIL payment.

कृपया पावती दें/Please ackl. Receipt

सहा. लेखा अधिकारी (फै.)
Asstt. Accounts Officers (Fys)

प्रतिलिपि/Copy to :-

पंजीकृत/Registered

प्रतिलिपिCopy to /-

श्री/श्रीमती.....

Shri/Smt..... -सूचनार्थ/For information.

सहा. लेखा अधिकारी (फै.)
Asstt. Accounts Officers (Fys)

कार्यालय, प्रधान लेखा नियंत्रक (फै.)
Office of the Principal Controller of accounts (Fys.)
10-ए, एस.के.बोस रोड ,कोलकाता-700001
10A, S.K.Bose Road, Kolkata-700001

सं.998/प्रशा-चिकित्सा/दिनांक -
No.998/AN-MED/

Date -

सेवा में/To,
प्रभारी अधिकारी/Officer-in-charge,
लेखा कार्यालय/Accounts Office,
.....
.....

विषय :-श्री/श्रीमतीका रु. के चिकित्सा खर्च
की प्रतिपूर्ति बिल की वापसी ।

Subject: - Reimbursement of medical expenses in r/o..... for
Rs..... – return of.

उपरोक्त नामित अधिकारी/कर्मचारी द्वारा प्रस्तुत किया गया चिकित्सा प्रतिपूर्ति बिल
निम्नांकित अभियुक्तियों के साथ वापस किया जाता है :-

RME claim preferred by above named officer/staff is returned herewith unpassed with the
following remarks :-

1. मेड-97/मेड-2004 उचित ढंग से भरा हुआ एवं सक्षम प्राधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित नहीं है ।
Med-97/Med-2004 is not filled properly and countersigned by the competent authority.
2. अनिवार्यता प्रमाण-पत्र- ए/बीउचित ढंग से भरा हुआ एवंडॉक्टर/अस्पताल प्राधिकारी द्वारा
हस्ताक्षरित नहीं है ।
EC –A/B is not filled properly and signed by the Doctor/hospitalauthority.
3. इलाज की अवधि सहायक दस्तावेजों से मेल नहीं खाता ।
Treatment period does not tally with supporting document.

(कृ.पृ.उ./PTO)

4. रोगी ने चिकित्सा/नैदानिक जांच कार्यालय प्रधान/विभाग प्रधान की पूर्व अनुमति के बिना ही मान्यता प्राप्त निजी अस्पताल से कराया गया है । दावा स्वीकार करने के लिए पूर्व अनुमति अपेक्षित है ।

The patient has taken treatment/lab test done from private recognized hospital without any prior permission of HOD/HOO which is required to admit the claim in audit.

5. सी.एस.(एम.ए.) लाभार्थी होने के कारण सी.जी.एच.एस.से मान्यता प्राप्त निजी अस्पताल में इलाज कराने के लिए विभाग/कार्यालय के प्रधान की पूर्व अनुमति आवश्यक है ।

Being a CS(MA) beneficiary treatment from a private recognized hospital under C.G.H.S. requires prior permission of HOD/HOO.

6. निजी पैथोलॉजिकल जांच प्रतिपूर्ति योग्य नहीं है ।

Private pathological tests are not reimbursible.

7. एएमए से चिकित्सा कराने की अवधि 10 दिन से अधिक है । यह नियमानुसार स्वीकार्य नहीं है । अतः सरकारी अस्पताल के बाह्य रोगीविभाग में दिखाया जाना चाहिए ।

Period of treatment under AMA is more than 10 days. It is not admissible as per rule. Hence OPD of a Govt. Hospital should be attended.

8. दावा को चिकित्सा समाप्त होने के तीन माह के भीतर प्रस्तुत नहीं किया गया है । अतः सक्षम प्राधिकारी से कालबाधा की माफी की स्वीकृति आवश्यक है ।

Claim is not submitted within 3 months from the date of completion of treatment. Hence time barred sanction of the competent authority is required.

9. मूल एम.आर.ओ./टी.इ. की समायोजित प्रति अपेक्षित है ।

Original MRO/adjusted copy of TE is required.

10. मद सं..... के संदर्भ में सी.जी.एच.एस. की दर प्रस्तुत की जाए(यदि उपलब्ध हो) ।

C.G.H.S. rate for item No..... (if available) may please be submitted.

11. सक्षम प्राधिकारी की स्वीकृति प्राप्त नहीं की जा सकी ।

Sanction of the competent authority could not be obtained .

12. गैर-अनुमोदित जांच के लिए सी.जी.एच.एस. की अनुमति संलग्न नहीं है ।

Permission from C.G.H.S. for non-approved test not found enclosed.

(कृ.पृ.उ./PTO)

13. दवाओं के नाम अपठनीय हैं एवं उपलब्ध सूची से मेल नहीं खाते हैं ।

Name of the medicines are illegible and do not tally with the list of medicine.

14. सी.जी.एच.एस. के बाह्य रोगी विभाग की दवाएं प्रतिपूर्ति योग्य नहीं हैं । सी.जी.एच.एस. प्राधिकारी के प्रमाण-पत्र के आधार पर प्रतिपूर्ति की जा सकती है । कृपया इसे प्रस्तुत करें ।

OPD medicine of C.G.H.S. is not reimbursible. However, it may be reimbursed on the basis of the certificate from C.G.H.S. authority. Please furnish the same.

15. इस कार्यालय में उपलब्ध सूची के अनुसार चिकित्सा करने वाले डॉक्टर प्राधिकृत चिकित्सा पदाधिकारी नहीं हैं ।

The Doctor is not an AMA as per the list available in this office.

16. अस्पताल जहां से इलाज कराया गया है, सी.जी.एच.एस. के अंतर्गत अद्यतन मान्यता प्राप्त अस्पताल की सूची में नहीं है ।

Treating Hospital is not recognized as per the latest CGHS empaneled Hospital list.

17. दावा के साथ दवाई/लेबोरेटरी जांच के लिए चिकित्सक का नुस्खा/परामर्श दावा के साथ संलग्न नहीं किया गया है ।

Prescription/advice by the Physician for medicine/laboratory test /has not been found enclosed with the claim.

18. बाजार से खरीदी गई दवाओं का मिलान चिकित्सक के नुस्खा/परामर्श से नहीं किया गया है ।

Medicine purchased from the market has not been tallied with prescription/advice by the physician.

19. ओपीडी एवं इनडोर चिकित्सा को एक साथ दर्शाया गया है जो कि सही नहीं है । अनिवार्य प्रमाण-पत्र को चिकित्सा करने वाले डॉक्टर से विधिवत हस्ताक्षरित कराकर दावा के साथ अलग-अलग लगाकर प्रस्तुत करें ।

Treatment of OPD & Indoor treatment are clubbed together which is not in order. Claims may please be submitted separately with separate EC duly signed by the treating Doctor.

वरि. लेखा अधिकारी (फै.)

Senior Accounts Officer (Fys)

कार्यालय, प्रधान लेखा नियंत्रक (फै.)
Office of the Principal Controller of accounts (Fys.)
10-ए, एस.के.बोस रोड ,कोलकाता-700001
10A, S.K.Bose Road, Kolkata-700001

सं.1552/प्रशा-चिकित्सा/दिनांक -
No.1552/AN-MED/

Date -

सेवा में/To,
प्रभारी अधिकारी/Officer-in-charge,
इडीपी अनुभाग,मु.का. स्थानीय/EDP Section, M.O.Local.

विषय :- माह के पंचिंग माध्यम का अग्रेषण ।
Subject: - Forwarding of punching medias for the month of

निम्नलिखित पंचिंग माध्यम को माह के खाता में शामिल करने हेतु
अग्रेषित कियाजाता है ।

Following punching medias are forwarded herewith for inclusion in the account for the
month of

डी.वी.सं./D.V.Nos.

वाउचर की श्रेणी/Class of voucher

से/From तक/To

सहा. लेखा अधिकारी (फै.)
Asstt. Accounts Officers (Fys)

पंजीकृत/स्पीड पोस्ट/Registered/Speed Post

कार्यालय, प्रधान लेखा नियंत्रक (फै.)
Office of the Principal Controller of accounts (Fys.)
10-ए, एस.के.बोस रोड ,ss कोलकाता-700001
10A, S.K.Bose Road, Kolkata-700001

सं.1552/प्रशा-चिकित्सा/दिनांक -
No.1552/AN-MED/

Date -

सेवा में/To,
प्रभारी अधिकारी/Officer-in-charge,
लेखा कार्यालय/Accounts Office
..... निर्माणी/Factory
.....

विषय :-कर्मचारियों/अधिकारियों के पूरक चिकित्सा बिल के भुगतान चिट्ठाका अग्रेषण।
Subject: - Forwarding of acquittance copy of supplementary medical bill in r/o staff and officers.

इस अनुभाग द्वारा जारी पूरक चिकित्सा बिल डी.वी.सं..... दिनांक.....
आवश्यक कार्रवाई हेतु आपको अग्रेषित किया जाता है। तदनुसार इस कार्यालय के संवितरण
अनुभाग द्वारा रु..... का चैक निर्गत किया जा रहा है। कृपया संबंधित व्यक्तियों के
द्वारा प्राप्त किए जाने की विधिवत रसीद सहित भुगतान चिट्ठा आवश्यक कार्रवाई हेतु इस
कार्यालय को वापस कर दें। भुगतान या संवितरण नहीं होने पर उक्त राशि को कोषागार में
जमा कर दिया जाए एवं स्थानीय स्तर पर विधिवत समायोजित एम.आर.ओ.आवश्यक कार्रवाई
हेतु मुख्य कार्यालय को भेज दिया जाए।

Supplementary medical bill bearing D.V. No..... of issued by
this section is forwarded herewith for necessary action at your end. Accordingly,
acheque/cheques for Rs..... is/are being issued by 'D' section of this office.
Acquittance roll duly receipted by the individual may please be returned to this office for
necessary action at this end. In case of non-payment and undisbursement the amount may be
remitted to the treasury and M.R.O. duly adjusted locally may be forwarded to M.O. for
necessary action.

कृपया पावती दें।/Please acknowledge receipt.

संलग्नक/Encl: उपर्युक्त/As above.

सहा. लेखा अधिकारी (फै.)
Asstt. Accounts Officers (Fys)

भारत सरकार/GOVT. OF INDIA.
कार्यालय, प्रधान लेखा नियंत्रक (फै.)
OFFICE OF THE PRINCIPAL CONTROLLER OF ACCOUNTS (FYS)
10-ए, शहीद खुदीराम बोस रोड,कोलकाता-700001
10-A, SHAHEED KUDIRAM BOSE ROAD, KOLKATA 700 001.
रक्षा लेखा विभाग/DEFENCE ACCOUNTS DEPARTMENT
रक्षा मंत्रालय/MINISTRY OF DEFENCE.

सं.998/प्रशा-चिकित्सा/ /अनुमतिदिनांक/Date: / /
No. 998/AN-MED/ /PERMISSION

विषय :-..... के लिए अनुमति
Sub:-Permission for.....

..... अस्पताल के चिकित्सा अधिकारी के परामर्शानुसार सी.जी.एच.एस. द्वारा अनुमोदित..... अस्पताल से नकद भुगतान कर इलाज कराने की अनुमति एतद् द्वारा सक्षम अधिकारी के द्वारा प्रदान की जाती है ।

Permission of competent authority is hereby accorded to undergo the treatment as advised by the Medical Officer ofHospital on cash payment from C.G.H.S approved private Hospital at

1.कार्डधारी का नाम :-

Name of Card holder :-

2. रोगी का नाम एवं कार्डधारी से रिश्ता :-

Name of the Patient & Relationship to the card holder :-

3. आयु/Age: वर्ष/Y 4.लिंग/Sex:

5. सी.जी.एच.एस. कार्ड सं. एस-

C.G.H.S. card No.S-

इलाज का नाम/Name of Treatment :-

दावा को सी.जी.एच.एस./एआईआईएमएस/वास्तविक, जो कम हो, के अनुसार विनियमित किया जाएगा ।

The claim would be regulated as per CGHS/AIIMS/Actuals whichever is less .

लेखा अधिकारी का हस्ताक्षर
Signature of the Accounts Officer

टिप्पणी :- यह अनुमति केवल एक माह के लिए मान्य है ।

Note:-This permission is valid for one month only.