

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.एमएनडी/11/258 दिनांक-  
No. MND/11/258/

Date -

सेवा में/To,  
महाप्रबंधक/General Manager,

.....  
.....

विषय :-श्री/श्रीमती ..... के चिकित्सा खर्च की प्रतिपूर्ति ।  
Subject: - Reimbursement of medical expenses in r/o.....

संदर्भ :-रु. .... के लिए आपका बिल सं. ....  
Ref. : - Your Bill No..... for Rs. ....

संदर्भ में उल्लिखित आपके पत्र के अंतर्गत प्राप्त बिल/दावा बिना कार्रवाई किए निम्नलिखित लेखा परीक्षा आपतियों के साथ वापस किया जाता है -

The claims/bill received against your above quoted reference is returned herewith unactioned with the following audit requirements:-

1. बिल/दावा सक्षम प्राधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित नहीं है ।  
The claims/bill has not been countersigned by the competent authority.
2. 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 पृथक-पृथक लगाकर प्रस्तुत करें ।  
Treatment of OPD & Indoor treatment is clubbed together which is not in order. Claims may please be submitted separately with separate EC duly signed by the treating Doctor.
3. एएमए से चिकित्सा कराने की अवधि 10 दिन से अधिक है ।  
Period of treatment under AMA is more than 10 days.

(कृ.पृ.उ./PTO)

4. 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.

5. रोगी ने चिकित्सा/नैदानिक जांच कार्यालय प्रधान/विभाग प्रधान की पूर्व अनुमति के बिना ही मान्यता प्राप्त निजी अस्पताल से कराया गया है । दावास्वीकार 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.

वरि. लेखा अधिकारी (फै.)

Senior Accounts Officer (Fys)

पंजीकृत/Registered

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.एमएनडी/11/258 दिनांक -

No. MND/1/258/

Date -

सेवा में,

महाप्रबंधक/General Manager,

.....  
.....

विषय :- चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा के लिए शून्य/नामे शेष संबंधी सूचना ।

Sub: - NIL/DEBIT Balance intimation for RME claim.

संदर्भ :-आपका रु..... का बिल सं..... दिनांक.....

Ref: - Your Bill No.....Dated..... for Rs.....

श्री/श्रीमती..... के द्वारा प्रस्तुत रु..... के दावा को रु..... के लिए पास कर दिया गया है एवं रु. .... के अग्रिम के विरुद्ध समायोजित कर दिया गया है । टी.ई.सं..... में उल्लिखितरु. .... की वापसी की वसूली माह..... में की गई जिसके परिणामस्वरूप सकल नामे शेष रु. .... है जिसकी वसूली व्यक्ति के वेतन एवं भत्ते से की जाए ।

The claim of Rs.....preferred Shri/Smt. .... has been passed for Rs. .... and adjusted against the advances to the extent of Rs. ....deduct refunded amount Rs. .... Vide TE No..... and month ..... drawn by him resulting in a net debit balance of Rs. .... which may please be recovered from pay and allowances in respect of the individual.

(कृ.पृ.उ./PTO)

रू. .... की अस्वीकृतियों का ब्योरा निम्न प्रकार है-  
Details of disallowances of Rs..... are as under -

कृपया पावती दें ।  
Please ackl. Receipt

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

पंजीकृत/Registered

प्रतिलिपि Copy to /-

प्रभारी अधिकारी/ लेखा अधिकारी

The officer-in-charge/Accounts Offices,  
.....

.....- अनुरोध है कि श्री/श्रीमती..... के वेतन एवं भत्तेसे ले.का. द्वारा

रू. .... की वसूली पर नजर रखी जाए ।

-He is requested to kindly watch the recovery of Accounts

Office Rs..... from pay and allowances in  
respect of Shri/Smt.....

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

चिकित्सा गैर र.ले.वि. अनुभाग/MEDICAL NON-DAD SECTION  
साप्ताहिक प्रगति रिपोर्ट दिनांक.....से .....तक  
WEEKLY PROGRESS REPORT W.E.F..... TO.....  
कार्य दिवस की संख्या.....  
NO. OF WORKING DAYS.....

ग्रुप Group	आ.शे. OB	प्राप्ति RT	अंतिम निपटान FDS	वापसी Ret	अं.शे. CB	अभिलेख अनुभाग के अनुसार सबसे पिछली तारीख OD as per record section received	अभिलेख अनुभाग की डायरी के अनुसार सबसे पिछली तारीख OD as per record section diary	चिकित्सा गैर र.ले.वि. अनुभाग में प्राप्ति की सबसे पिछली तारीख OD as per MND section received

उपलब्ध मानव दिवस/Man days available से/from .....तक/to.....		
निपटाया गया बिल/Bill disposed		
प्रत्येक ले.प. की प्रगति(औसत)/Progress of each Auditor in average		

स.ले.अ.(ग्रुप-I) स.ले.अ.(ग्रुप-II) स.ले.अ.(ग्रुप-III) व.ले.अ.(फै.) व.अ.(एम.एन.डी.)  
A.A.O.(GR-I) A.A.O.(GR-II) A.A.O.(GR-III) Sr.A.O.(Fys) G.O.(MND)

कार्यालय, प्रधान लेखा नियंत्रक (फै0)  
Office of the Principal Controller of Accounts (Fys)  
10 ए, शहीद खुदीराम बोस रोड, कोलकाता - 700001  
10A, S. K. Bose Road , Kolkata – 700 001

सं./No. दिनांक/Date - / /2011

सेवा में/To,  
महाप्रबंधक/General Manager,

.....  
.....

विषय :- श्री/श्रीमती ..... से संबंधित चिकित्सा खर्च प्रतिपूर्ति बिल  
की वापसी ।

Subject: - Return of RME bill in respect of .....

उपर्युक्त चिकित्सा खर्च प्रतिपूर्ति बिल निम्नलिखित टिप्पणियों सहित इस पत्र के साथ  
वापस किया जाता :-

The above mentioned RME bill is returned herewith with the following remarks:-

1. दावे में “सी.एस.(एम.ए.)/सी.जी.एच.एस. नियमों के अधीन” स्पष्टतः लिखा जाए ताकि तदनुसार  
बिल पास किया जा सके ।

The claims should clearly be marked as “Under CS (MA) Rules or CGHS Rules” so that it  
may be dealt with accordingly.

2. प्रमाण-पत्र ए/बी एवं मेड-97 के सभी कॉलम को ठीक से भरा जाना चाहिए और बैंड वेतन/ ग्रेड  
वेतन का उसपर स्पष्ट उल्लेख कर दावेदार के द्वारा हस्ताक्षरित एवं सक्षम प्राधिकारी के द्वारा  
उसे प्रतिहस्ताक्षरित किया जाना चाहिए । संतानके लिए चिकित्सा खर्च प्रतिपूर्ति दावा प्रस्तुत  
करते वक्त उनकी आयु का स्पष्ट उल्लेख किया जाना चाहिए ।

All columns of Certificate A / B and MED'97 are required to be filled up properly showing  
clearly the Band Pay/ Grade Pay duly signed by claimant and countersigned by the Competent  
Authority. It should also clearly show the ages of children if RME is claimed for children.

3. रेफर की गई चिकित्सा के मामले में चिकित्सा करने वाले डॉक्टर अस्पताल का विशेष रेफरल  
मेमो दावा के साथ संलग्न किया जाना चाहिए ।

In referral case of treatment, the specific referral memo of the treating doctor/hospital may be  
attached with the claim.

(कृ.पृ.उ./PTO)

4. निजी मान्यता प्राप्त अस्पताल से चिकित्सा/लैब टेस्ट कराने पर दावा के साथ एच.ओ.डी/एच.ओ.ओ. की पूर्वानुमति की प्रति भी संलग्न करें ।

In case of treatment/lab test obtained/done from private recognized hospital, prior permission of HOD/HOO to be attached with the claim.

5. ओपीडी एवं इनडोर चिकित्सा के दावों को चिकित्सा करने वाले डॉक्टर द्वारा विधिवत हस्ताक्षरित अनिवार्य प्रमाण-पत्र लगाकर पृथक-पृथक लगाकर प्रस्तुत करें ।

OPD treatment and indoor treatment are to be claimed separately and EC duly signed by the treating doctor/hospital only.

6. एएमए से चिकित्सा कराने की अवधि 10 दिन से अधिक है ।

The period of treatment under AMA should not exceed 10 days.

7. 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 ।

The RME claim if not submitted within three months of treatment, time barred sanction of Competent Authority needs to be attached with the claim.

8. आउटरशीट आइ.ए.एफ.ए.-38/नुस्खे/लैब टेस्ट की सलाह/अस्पताल से छुट्टी का प्रमाण-पत्र एवं मूल केश मेमो बिलघ्दावों के साथ संलग्न किया जाना चाहिए ।

The bill/claims should accompany outer sheet IAFA38/doctor's prescription/advice if lab test/Discharge Certificate of the hospital and cash memo in original.

9. चिकित्सा खर्च प्रतिपूर्तिबिल में प्रभार सूची के अंतर्गत किए प्रक्रिया/पैथालॉजिकल जांच के लिए विशिष्ट कूट संख्या का उल्लेख किया जाना चाहिए ।

The specific code no. of procedure/pathological test etc. performed as per schedule of charges should be clearly indicated in the RME bill.

10. यदि पेशगी में से कुछ धनराशि एम.आर.ओ. द्वारा जमा की गई हो तो टी.इ. संख्या के साथ शाखा लेखा कार्यालय का समायोजन संदर्भ एवं महीने का उल्लेख सपष्टतः किया जाना चाहिए । एम.आर.ओ. द्वारा जमा किए जाने के मामले में औद्द्योगिक कर्मचारियों से संबंधित धनराशि अलग से जमा की जानी चाहिए ताकि ले.का. की ओर से समायोजन में सुविधा हो ।

In case of part of advance is deposited through MRO, the adjustment references of branch AO along with TE No. and month may be clearly indicated. In case of deposit through MRO, IEs cases may be deposited separately for facilitating adjustments at the end of Accounts office.

11. निजी संस्थान/नर्सिंग होम/क्लिनिक से चिकित्सा प्राप्त कर दावा प्रस्तुत करने के मामले में दावा के साथ सी.एस.(एम.ए.)नियम के परिशिष्ट-VIII के अनुसार इमरजेंसी प्रमाण-पत्र/सक्षम अधिकारी की स्वीकृति भी संलग्न की जानी चाहिए ।

Emergency Certificate/sanction of Competent Authority vide appendix-VIII of CS(MA) rules should be attached with the claim in case of treatment as such is made/obtained from private institution/nursing home/clinic, etc.

12. परिवार के सदस्यों की चिकित्सा के मामले में आश्रित प्रमाण-पत्र दावा के साथ संलग्न किया जाना चाहिए।

In case of treatment of family members, Dependency Certificate should be accompanied with the claims.

13. निजी क्लिनिक से कोई भी नैदानिक जांच कराने पर सरकारी अस्पताल से “अनुपलब्धता प्रमाण-पत्र” प्रस्तुत किया जाना चाहिए ।

“NAC” of Govt. Hospitals should be attached for any pathological test done from private clinic.

14. निजी मान्यता प्राप्त अस्पताल से दंत चिकित्सा कराने के मामले में सबसे नजदीक के सरकारी अस्पताल से “अनुपलब्धता प्रमाण-पत्र” प्राप्त कर दावा के साथ प्रस्तुत किया जाना चाहिए । इस मामले में इस कार्यालय के परिपत्र सं.एमएनडी/1/258/मिस, दिनांक-17.09.2010 भी द्रष्टव्य है ।

In case Dental treatment when obtained from private recognized Hospital, an “NAC” from the nearest Govt. Hospital is required to be attached. This office circular No.MND/1/258/Misc, dated -17-09-2010 is relevant in this issue.

15. हृदयरोग के मामले में इंप्लान्ट किए गए स्टेंट के प्रकार का उल्लेख करते हुए चिकित्सा करने वाले डॉक्टर के द्वारा विधिवत सत्यापित किया गया स्टेंट का बाहरी पाउच एवं स्टिकर दावा के साथ मूल रूप में अवश्य संलग्न किया जाना चाहिए ।

The original outer pouch and sticker of the stent is essential to be attached with the claim for cardiac cases duly verified by the treating Doctor specifying the type of stent implanted, if any.

16. अस्पताल से इतर दवाई खरीद किए जाने के मामले में चिकित्सा करने वाले डॉक्टर के द्वारा विधिवत सत्यापित किया एव हस्ताक्षरित कैश मेमो संलग्न किया जाना चाहिए ।

In case of any medicine procured from other than Hospital the cash memo should be attached duly verified & signed by the treating Doctor/Hospital.



17. उसी शहर, नगरनिगम या नगर पालिका की परिसीमामें प्रयोग किए जाने पर एंबुलेंस प्रभार की प्रतिपूर्ति स्वीकार्य है बशर्ते कि सी.एस.(एम.ए.)नियम के परिशिष्ट-VII अनुच्छेद 5 में उल्लिखित शर्तों को पूरा कर लिया गया हो ।

Reimbursement of ambulance charges is admissible when it is used within the same city, Municipal or Corporation area etc. only subject to fulfillment of all the conditions laid down in Para 5 under Appendix- VII of CS(MA) Rules.

18. आई.ओ.एल. चिकित्सा के लिए दावा प्रस्तुत करने पर चिकित्सा करने वाले डॉक्टर के द्वारा इंप्लान्ट किए गए आई.ओ.एल. के प्रकार का उल्लेख करते विधिवत सत्यापित किया गया आई.ओ.एल. का स्टिकर दावा के साथ मूल रूप में अवश्य संलग्न किया जाना चाहिए ।

The original sticker of IOL duly verified by the treating Doctor specifying the type of IOL implanted, if any is essential to be attached with the claim for IOL treatment.

19. आहरित की गई अग्रिम को विधिवत सत्यापित करते हुए संबंधित दावा को लेखा कार्यालय के द्वारा ही आगे बढ़ाया जाना चाहिए ।

The claim should be routed through Branch AO duly verifying the advance drawn.

अतः चिकित्सा खर्च प्रतिपूर्ति दावा अग्रेषित/प्रस्तुत करते वक्त उपर्युक्त जरूरी नियमों का अनुपालन सुनिश्चित करने का अनुरोध है ताकि बिना किसी अगले संदर्भ के दावे के भुगतान के लिए कार्रवाई की जा सके ।

It is therefore requested to please ensure compliance of above requirements while forwarding/submitting the RME claims so that the same may be processed for payment without any further reference.

वरि. लेखा अधिकारी (एम.एन.डी)  
Sr. Accounts Officer (MND)

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.एमएनडी/ओ/नन-डीएडी//दिनांक -

No. MND/O/NON-DAD //

Date -

सेवा में/To,

महाप्रबंधक/General Manager,

.....  
.....

विषय :-चिकित्सा खर्चदावा की प्रतिपूर्ति ।

Subject: - Reimbursement of RME claim.

संदर्भ :-आपका बिल सं. .... दिनांक .....

Ref. :- Your Bill No..... Date.....

श्री/श्रीमती.....द्वारा प्रस्तुत रु.....के  
बिल को रु..... के लिए पास किया गयाएवं 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 forRs.....(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.

रु..... की अस्वीकृतियों का ब्योरा निम्नलिखित है :-

Details of disallowances of Rs..... are as under :-

(कृ.पृ.उ./PTO)

कृपया पावती दें ।

Please ackl. Receipt

सहा. लेखा अधिकारी (फै.)

Asstt. Accounts Officers (Fys)

प्रतिलिपि/Copy to :-

पंजीकृत/Registered

प्रतिलिपिCopy to /-

प्रभारी अधिकारी/ लेखा अधिकारी

The officer-in-charge/Accounts Offices,

.....

..... – श्री/श्रीमती..... के वेतन एवं भत्तेसे रू. .... की वसूली  
पर नजर रखने का अनुरोध है ।

- He is requested to kindly watch the recovery ofRs.....  
from pay and allowances in respect ofShri/Smt.....

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.एमएनडी/ओ/नन-डीएडी/III दिनांक -  
No. MND/O/NON-DAD/III

Date -

सेवा में/To,  
महाप्रबंधक/General Manager,

.....  
.....

विषय :-चिकित्सा खर्चदावा की प्रतिपूर्ति ।  
Subject: - Reimbursement of RME claim.

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

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 /-

प्रभारी अधिकारी/ लेखा अधिकारी  
The officer-in-charge/Accounts Offices,

.....

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

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.एमएनडी/दिनांक -  
No. MND/Date -

सेवा में/To,  
महाप्रबंधक/General Manager,  
.....  
.....

विषय :-श्री/श्रीमती ..... के चिकित्सा खर्च की प्रतिपूर्ति ।  
Subject: - Reimbursement of medical expenses in r/o.....

संदर्भ :-रु. .... के लिए आपका बिल सं. ....  
Ref. :- Your Bill No..... for Rs. ....

संदर्भ में उल्लिखित आपके पत्र के अंतर्गत प्राप्त बिल/दावा बिना कार्रवाई किए निम्नलिखित लेखा परीक्षा आपत्तियों के साथ वापस किया जाता है -

The claims/bill received against your above quoted reference is returned herewith unactioned with the following audit requirements:-

1. बिल/दावा सक्षम प्राधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित नहीं है ।

The claim/bill has not been countersigned by the competent authority.

2. 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 is clubbed together which is not in order. Claims may please be submitted separately with separate EC duly signed by the treating Doctor.

3. एएमए से चिकित्सा कराने की अवधि 10 दिन से अधिक है ।

Period of treatment under AMA is more than 10 days.

(कृ.पृ.उ./PTO)

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

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

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

9. 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.

10. अनिवार्यता प्रमाण-पत्र डॉक्टर/अस्पताल प्राधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित नहीं है ।

EC has not been signed by the Doctor/hospital authority.

वरि. लेखा अधिकारी (फै.)

Senior Accounts Officer (Fys)