

"രേണഭാഷ മാതൃഭാഷ"

WCD/B3-7944/21

വനിത ശിശു വികസന ഡയറക്ടറേറ്റ്

പുജപ്പുര, തിരുവനന്തപുരം.

തീയതി : 28.07.2021

ഇ-മെയിൽ: directorate.wcd@kerala.gov.in

ഫോൺ നം: 0471-2346534

പരിപത്രം

വിഷയം : വനിത ശിശു വികസന വകുപ്പ്- ഡയറക്ടറേറ്റ് -മെഡിക്കൽ റിഇംബേഴ്സ്മെന്റ് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുമ്പോൾ പാലിക്കേണ്ട വ്യവസ്ഥകൾ - സംബന്ധിച്ച്

സൂചന : കേരള ഗവൺമെന്റ് സർവന്റസ് മെഡിക്കൽ അറ്റൻഡൻസ് റൂൾ, 1960

വനിത ശിശു വികസന വകുപ്പിലെ ജീവനക്കാരുടെ ചികിത്സയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് കിഴ് കാര്യാലയ മേധാവികൾ സമർപ്പിക്കുന്ന മെഡിക്കൽ ക്ലെയിം അപേക്ഷകൾ "കേരള ഗവൺമെന്റ് സർവന്റസ് മെഡിക്കൽ അറ്റൻഡൻസ് റൂൾ, 1960" ചട്ടങ്ങൾ പാലിക്കാതെയാണ് സമർപ്പിക്കുന്നതെന്ന് കാണുന്നു. ഈ സാഹചര്യത്തിൽ മെഡിക്കൽ ക്ലെയിമുകൾ തെറ്റു കൂടാതെ കൈകാര്യം ചെയ്യുന്നതിന് ചുവടെപ്പറയുന്ന നിർദ്ദേശങ്ങൾ പുറപ്പെടുവിക്കുന്നു.

1. മെഡിക്കൽ റിഇംബേഴ്സ്മെന്റ് ക്ലെയിമിനുള്ള അപേക്ഷ നിർദ്ദിഷ്ട മാതൃകയിൽ സാക്ഷ്യപത്രങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. മേലധികാരികൾ സാക്ഷ്യപത്രങ്ങൾ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി അപേക്ഷ ശുപാർശ ചെയ്ത് വകുപ്പു മേധാവിയ്ക്ക് സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. ഈ ക്ലെയിമുകളിൽ പലിശ രഹിത ചികിത്സാ വായ്പ എടുത്തിട്ടില്ല എന്നു അപേക്ഷകൻ/അപേക്ഷക നൽകുന്ന സാക്ഷ്യപത്രം കാര്യാലയ മേധാവി കൗണ്ടർ സൈൻ ചെയ്ത് അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഉള്ളടക്കം ചെയ്യേണ്ടതാണ്. അപേക്ഷകൻ/അപേക്ഷകയുടെ ഫോൺ നമ്പർ കൂടി അപേക്ഷയിൽ രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്.
2. മെഡിക്കൽ റിഇംബേഴ്സ്മെന്റ് ക്ലെയിം അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഒരു സെറ്റ് കോപ്പിയും, (ഒ.പി. ടിക്കറ്റ്, ഡിസ്ചാർജ്ജ് സമ്മതി/ട്രീറ്റ്മെന്റ് സമ്മതി എന്നിവയുടെ പകർപ്പുകൾ മാത്രം) സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. ബില്ലുകളുടെ പകർപ്പുകൾ സമർപ്പിക്കേണ്ടതില്ല. ആവശ്യപ്പെടുന്നപക്ഷം ഈ രേഖകളുടെ അസ്സൽ ഹാജരാക്കേണ്ടതാണ്. അപേക്ഷയുടെയും അനുബന്ധരേഖകളുടെയും 2 സെറ്റുകൾ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. എന്നാൽ ക്യാഷ് ബില്ലുകളുടെ പകർപ്പുകൾ സമർപ്പിക്കേണ്ടതില്ല.

3. തുടർ ചികിത്സാ കേസുകളിൽ അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കുന്ന ബില്ലുകൾ അപേക്ഷിക്കുന്ന മാസത്തിനു തൊട്ടുമുമ്പത്തെ മാസം വരെയുള്ളതു മാത്രമേ ആയിരിക്കുവാൻ പാടുള്ളൂ. അതായത് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുന്ന തീയതി ഉൾക്കൊള്ളുന്ന മാസത്തെ ബില്ലുകൾ സമർപ്പിക്കുവാൻ പാടുള്ളതല്ല. അവസാനം വാങ്ങുന്ന ബിൽ തീയതിയ്ക്കു ശേഷം മൂന്ന് മാസത്തിനുള്ളിൽ റീഇംബേഴ്സ്മെന്റ് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. ചികിത്സാ പ്രത്യേക കാലാവധിയിൽ അവസാനിപ്പിക്കുന്ന കേസുകളിൽ ഡോക്ടർ എസൻഷ്യാലിറ്റി സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ ഒപ്പുവെക്കുന്ന തീയതി മുതൽ മൂന്നു മാസത്തിനകം അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കണം.
4. ചികിത്സ നടത്തിയത് സ്വകാര്യ ആശുപത്രിയിൽ ആണെങ്കിൽ സ്വകാര്യ ആശുപത്രിയിലേയ്ക്ക് റഫർ ചെയ്ത സർക്കാർ ആശുപത്രിയിലെ ഒ.പി.ടിക്കറ്റ് സർക്കാർ ഡോക്ടർ റഫർ ചെയ്ത് ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ അംഗീകരിച്ച നിശ്ചിത മാതൃകയിൽ ഉള്ള അപ്പൻഡിക്സ് II അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
5. മുമ്പ് മെഡിക്കൽ ക്ലെയിമിന് അപേക്ഷ സമർപ്പിച്ചപ്പോൾ ഒ.പി ടിക്കറ്റും അപ്പൻഡിക്സ് IIഉം അസ്സൽ സമർപ്പിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ പിന്നീട് വരുന്ന ക്ലെയിമുകളിൽ ആയത് സത്യപ്രസ്താവന നടത്തി അപേക്ഷയിൽ തുടർചികിത്സയാണെന്നു രേഖപ്പെടുത്തി അവയുടെ പകർപ്പുകൾ ഓഫീസ് മേലധികാരി സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
6. ചികിത്സ തേടിയത് സർക്കാർ അംഗീകൃതമല്ലാത്ത ആശുപത്രിയിലോ, കേരളത്തിനു പുറത്തുള്ള ആശുപത്രിയിലോ ആണെങ്കിൽ അപ്രകാരം ചികിത്സ തേടാനിടയായ സാഹചര്യം വിശദീകരിച്ചുകൊണ്ട് വകുപ്പ് മേലധികാരി മുഖാന്തിരം വനിത ശിശു വികസന വകുപ്പ് സെക്രട്ടറിയ്ക്ക് വിശദമായ അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
7. ഒരു ചികിത്സാ കാലയളവിൽ ഒരു ചികിത്സാ സമ്പ്രദായത്തിൽ മാത്രമേ അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുവാൻ പാടുള്ളൂ. (അലോപ്പതി, ആയുർവേദം, ഹോമിയോപ്പതി etc.)
8. ഒ.പി./ഐ.പി. ടിക്കറ്റിന്റെ നമ്പർ എസൻഷ്യാലിറ്റി സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ മുകളിൽ രേഖപ്പെടുത്തിയിരിക്കണം. ഒ.പി ടിക്കറ്റിന്റെ കാലാവധി ഒരു വർഷം മാത്രമായിരിക്കും. അതായത് തുടർ ചികിത്സാ കേസുകളിൽ വർഷംതോറും ഒ.പി. ടിക്കറ്റ് പുതുക്കേണ്ടതാണ്.
9. എസൻഷ്യാലിറ്റി സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ ഒരുതരത്തിലുള്ള തിരുത്തലുകളും ഉണ്ടായിരിക്കുവാൻ പാടില്ല. ബില്ലുകളിൽ ഡോക്ടർ ഒപ്പുവെച്ച് അപേക്ഷക/അപേക്ഷകൻ 'paid by me' സർട്ടിഫിക്കറ്റ് പേര് എഴുതി ഒപ്പിടേണ്ടതാണ്. അപേക്ഷയിൽ ഒ.പി./ഐ.പി ടിക്കറ്റ് എടുത്തതിനുശേഷം ഉള്ള ബില്ലുകൾ മാത്രമേ പരിഗണിക്കുകയുള്ളൂ.

10. എസ്റ്റിമേഷ്യലിറ്റി സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ ചികിത്സ കാലയളവും, രോഗത്തിന്റെ പേരും വ്യക്തമായി രേഖപ്പെടുത്തിയിരിക്കേണ്ടതാണ്. എസ്റ്റിമേഷ്യലിറ്റി സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ തീയതി ക്രമത്തിൽ മരുന്നിന്റെ പേര്, രാസനാമം, ബിൽ നമ്പർ, തീയതി, വില സഹിതം എല്ലാ കോളങ്ങളും പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതും, ബില്ലുകൾ തീയതി ക്രമത്തിൽ അടുക്കി സമർപ്പിക്കേണ്ടതുമാണ്. എസ്റ്റിമേഷ്യലിറ്റി സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ തുക കൂട്ടി എഴുതേണ്ടതാണ്.
11. ബില്ലുകളിലും, എസ്റ്റിമേഷ്യലിറ്റി സർട്ടിഫിക്കറ്റിലും ഡോക്ടറുടെ പേരും, രജിസ്റ്റർ നമ്പർ അടങ്ങിയ സീലും, ആശുപത്രി സീലും പതിച്ചിരിക്കണം.
12. ഒരിക്കൽ അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കിയിട്ടുള്ള ക്യാഷ് വൗച്ചറുകളുടെ തീയതിക്കു മുമ്പുള്ള ബില്ലുകൾ പിന്നീട് സമർപ്പിക്കുവാൻ പാടുള്ളതല്ല.
13. അപേക്ഷിക്കുന്നയാളും ജീവിത പങ്കാളിയും സർക്കാർ സർവ്വീസിൽ തുടരുന്നവർ ആണോ എന്നു ഉറപ്പുവരുത്തേണ്ടതും, തുടരുന്നവരാണെങ്കിൽ ജീവിത പങ്കാളി ഈ ചികിത്സയ്ക്ക് ടിയാൾ ജോലി ചെയ്യുന്ന വകുപ്പിൽ ക്ലെയിമിന് അപേക്ഷിച്ചിട്ടില്ലായെന്ന സാക്ഷ്യപത്രം നിശ്ചിത പ്രൊഫോർമയിൽ ബന്ധപ്പെട്ട വകുപ്പ് അധികാരിയിൽ നിന്നും ലഭ്യമാക്കി സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
14. സർവ്വീസ് കാലയളവിൽ 3 തവണ മാത്രമേ ഐ.വി.എഫ് ചികിത്സയ്ക്ക് ക്ലെയിം ചെയ്യുവാൻ അർഹതയുള്ളൂ. പ്രസ്തുത ചികിത്സയ്ക്കുള്ള അപേക്ഷയോടൊപ്പം ക്ലെയിം എത്ര തവണ മുമ്പ് സ്വീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നുള്ള അപേക്ഷകൻ/അപേക്ഷകയുടെ സത്യപ്രസ്താവന ഓഫീസ് മേലധികാരിയുടെ മേലൊപ്പോടുകൂടി സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
15. പലിശ രഹിത ചികിത്സാ വായ്പ അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുമ്പോൾ അപേക്ഷ പൂർണ്ണമായി പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതും മേലധികാരി മുഖേന സമർപ്പിക്കേണ്ടതുമാണ്. ജനനതീയതി, പെൻ നമ്പർ, ഡോക്ടർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ അസ്സൽ എക്സ്‌പെൻഡിച്ചർ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്, Designation Seal, ആശുപത്രിയുടെ സീൽ എന്നിവയും അപേക്ഷകനുമായി ബന്ധപ്പെടുവാനുള്ള ഫോൺ നമ്പറും രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്. ഓപ്പറേഷൻ നിശ്ചയിച്ച തീയതിക്കു മുൻപേ അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
16. ഓരോ ഓഫീസിലും പലിശരഹിത ചികിത്സാവായ്പ രജിസ്റ്റർ തയ്യാറാക്കി സൂക്ഷിക്കേണ്ടതാണ്. പലിശരഹിത വായ്പ ലഭ്യമായി 3 മാസത്തിനകം ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ ധനവിനിയോഗ സാക്ഷ്യപത്രം, അക്കൗണ്ട്സ് ഓഫീസറുടെ മേലൊപ്പ് ചാർത്തി സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. അതോടൊപ്പം 6 മാസത്തിനകം സെറ്റിൽമെന്റ് ബില്ലും സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. പലിശരഹിത ചികിത്സാ വായ്പ എടുത്തതിനുശേഷമുള്ള ബില്ലുകൾ മാത്രമേ സെറ്റിൽമെന്റിന് പരിഗണിക്കുകയുള്ളൂ. മറ്റുള്ളവ പ്രത്യേക മെഡിക്കൽ റീ-ഇംമ്പ്രൂവ്മെന്റ് അപേക്ഷയായി സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

17. മരണപ്പെട്ട വൃക്കിയുടെ മെഡിക്കൽ റീഇംബേഴ്സ്മെന്റ് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുമ്പോൾ കാര്യലയ മേധാവി സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ മരണ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പും അവകാശ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ പകർപ്പും സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

ഈ നിർദ്ദേശങ്ങൾ പാലിക്കാതെ കാര്യലയ മേധാവികൾ അപേക്ഷ വകുപ്പു മേധാവിയ്ക്ക് സമർപ്പിക്കാൻ പാടുള്ളതല്ല. ഇതിനു വിരുദ്ധമായി പ്രവർത്തിക്കുന്ന അപേക്ഷ അയക്കുന്ന പക്ഷം ആയത് ഗൗരവപൂർവ്വം വീക്ഷിക്കുന്നതായിരിക്കും.

(ഒപ്പ്)

വനിത ശിശു വികസന ഡയറക്ടർ

അനുബന്ധം :- അപേക്ഷാ ഫാറം

എല്ലാ ജില്ലാ വനിത ശിശു വികസന ഓഫീസർമാർക്കും.
എല്ലാ കീഴ്കാര്യലയ മേധാവികൾക്കും
സ്റ്റോക്ക് ഫയൽ

ഉത്തരവിൻ പ്രകാരം


സുപ്രഭാ



FORM OF APPLICATION FOR CLAIMING REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES OF GOVERNMENT SERVANTS AND THEIR FAMILIES

[Separate form should be used for each patient]

[Two copies of the application should be presented (Rule 9(6))]

1. Name and designation of Govt. Servant
(Block Letters) :
2. Pay and scale of pay :
3. Office in which employed :
4. Place of duty :
5. Residential address
with Phone No. :
6. (i) Name of patient and relationship of the
Govt. Servant to the patient :
(ii) If the patient is spouse of the employee,
state whether he / she is employed,
with details :
(iii) If employed, whether the declaration of non
receipt of the claim in any form is attached: :
7. Place at which the patient fell ill :

HOSPITAL TREATMENT

8. Whether hospitalised or not :
9. If hospitalised whether in Govt. Hospital or
Private (notified) Hospital and the name of
hospital :
10. If hospitalised outside the state :
(i) Whether the patient was on duty :
(ii) Name of institution :
11. If on special treatment outside the state :
(i) Name of institution :
(ii) Whether certificate of director of Health
Service as contemplated in Rule 7(a)
is attached :
(iii) Whether prior sanction of Director of
Health Services has been obtained :
12. Last date of treatment :

SURKAR

CHARGES

13. Details of amount claimed (List of Medicines, Cash memo and Essentiality certificate should be attached) :
- (i) Treatment in Govt. Hospital, Medicines :
- (ii) Treatment in Private Institutions (bills to be certified indicating emergency of the case) :
1. Charges for medicines :
2. Charges for treatment :
3. Charges of accommodation :
4. Charges for laboratory services etc. :
5. Charges for diet :
14. Total amount claimed (in figures and words) :
15. List of enclosures:-
1. Essentiality Certificate :
2. List of Cash bill :
3. Certificate of Medical Officers :
4. Certificate and Declaration :

DECLARATION

[To be signed by the Government Servant]

I hereby declare that the statements given above are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenditure has been incurred is wholly dependent on me.

Place:

Date:

Signature of Government Servant

DECLARATION CERTIFICATE

I
 employed in the Department
 relationship of mine have / has been under
 treatment at the

 at his residence during the period of treatment from
 to and I / he / she / have received
 the benefit of one system of treatment and not taken advantage of more than one system of
 treatment simultaneously.

I do hereby declare that excess amount if any, drawn or irregular payment of Medical
 Reimbursement if any made shall be refunded on further verification.

Station :

Signature:

Date:

Name and Designation

DECLARATION CERTIFICATE

I do hereby declare that the reimbursement claim made in this bill is for the expense incurred
 in connection with the treatment of Sri / Smt.
 who is my father / mother and who wholly depends upon me.

It is also declare that he / she is not a Service Pensioner.

Countersigned

Signature:

Head of office

Name and Designation of the applicant

SUKUMAR

DECLARATION BY THE APPLICANT

[Cir. No. 20250/G2/89/H&FWD dated 26th October 1989]

I hereby declare that my wife/husband Shr./ Smt.....
..... is not employed / employed in the
..... Department as
..... (Designation).

Place:
Date:

Signature:
Name:
Designation :

**DECLARATION OF THE SANCTIONING OF THE AUTHORITY
CONCERNED DEPARTMENT WHERE THE CLAIM IS NOT
PREFERRED**

1. Medical reimbursement claim of Shri/Smt
.....(Name and Designation) for the
period from to is not presented in
this Department.

2. The claim is not a part of the claim for continuous treatment against which claim has
already been sanctioned by the department

3. I certified that no other reimbursement claim pertaining to the same period has been
preferred by way of splitting the claim by him or by some other dependants.

Place:
Date:

Signature:
Name and Designation of the
Sanctioning Authority



(Office Seal)

സാക്ഷ്യപത്രം

എന്റെ/പിതാവിന്റെ/മാതാവിന്റെ/മകന്റെ/മകളുടെ
സംബന്ധമായ ചികിത്സയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട്ആശുപത്രിയിൽ
.....തീയതി മുതൽ തീയതി വരെ ചികിത്സിച്ച
കാലയളവിൽ പരിശ രഹിത ചികിത്സാ വായ്പ എടുത്തിട്ടില്ലായെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം :

തീയതി:

ഒപ്പ് :

പേര്:

തസ്തിക:

ഓഫീസ്:

