



## भारत संचार निगम लिमिटेड

(भारत सरकार का उपक्रम)

कार्यालय मुख्य महाप्रबन्धक दूरसंचार, उत्तर प्रदेश (पूर्व) दूरसंचार परिमण्डल, लखनऊ - 226001

सेवा में,

सभी बी.ए. प्रमुख / एस.एस.ए. प्रमुख  
महाप्रबन्धक (मोबाइल सेवाएँ), लखनऊ  
प्रिन्सिपल, आर.टी.टी.सी., लखनऊ,  
मण्डल अभियंता, सी.टी.एस.डी., लखनऊ

दिनांक: 04.10.2018

संख्या: मेडिकल सेल/एम-1/ यूनियन/05/2

विषय: आन्तरिक चिकित्सा दावे की प्रतिपूर्ति के शीघ्र अनुमोदन हेतु नवीन (संशोधित) चेकलिस्ट के प्रारूप के सम्बन्ध में।

उपरोक्त विषयक मामले में मा. मुख्य महाप्रबन्धक महोदय द्वारा आन्तरिक चिकित्सा दावे की प्रतिपूर्ति के शीघ्र भुगतान हेतु नवीन चेकलिस्ट के प्रारूप को अनुमोदित किया गया है। आन्तरिक चिकित्सा दावे का पूर्ण विवरण नई चेकलिस्ट में भरकर प्रस्तुत किया जाए जिससे दावे का अविलम्ब अनुमोदन किया जा सके। पूर्व में करायी गयी आन्तरिक चिकित्सा सम्बन्धी दावे को अनुमोदन हेतु पुरानी प्रचलित चेकलिस्ट मान्य होगी।

अतः सभी बी.ए./एस.एस.ए. प्रमुख से निवेदन है कि अपनी इकाई में कार्यरत मेडिकल सेल को दिशा-निर्देशित करें, कि वे परिमण्डल कार्यालय को नवीन चेकलिस्ट प्रारूप के साथ ही आन्तरिक चिकित्सा दावे को प्रस्तुत करें, ताकि परिमण्डल कार्यालय द्वारा चिकित्सा दावे पर त्वरित कार्यवाही सुनिश्चित की जा सके।

संलग्नक: चेकलिस्ट का नवीन प्रारूप

*Agulda*  
4/10/18  
सहायक निदेशक दूरसंचार (मेडिकल)

सहायक निदेशक (मेडिकल)

प्रतिलिपि सूचनार्थः

प्रांतीय सचिव, समस्त मान्यता प्राप्त यूनियन एसो., उ.प्र.(पूर्व) परिमण्डल कार्यालय मुख्य महाप्रबन्धक लखनऊ

बी० एस० एन० एन०  
उ०प्र० पूर्व परिमण्डल

## चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे की चेकलिस्ट

क्रम.सं.	विवरण	टिप्पणी	पृष्ठ सं.
1.	दावाकर्ता का नाम व पदनाम		
2.	इकाई का नाम जिसमें कार्यरत है/ जहाँ से से.नि. के उपरान्त चिकित्सा सुविधा प्राप्त कर रहा है।		
3.	रोगी का नाम		
4.	दावाकर्ता से सम्बन्ध		
5.	बीमारी (रोग) का नाम		
6.	प्राधिकार पत्र-		
	(क) क्या एसएसए/ कार्यालय प्रधान द्वारा अनुमोदित है।		
	(ख) क्या इकाई के प्राधिकृत हस्ताक्षरित द्वारा हस्ताक्षर किया गया हो		
7.	उपचार करने वाले डॉक्टर द्वारा हस्ताक्षरित अस्पताल में भर्ती होने का प्रमाणपत्र (एनेक्जर- डी-1)		
8.	अस्पताल द्वारा जारी डिस्चार्ज प्रमाणपत्र		
9.	परिवार के सदस्यों के फोटो के साथ मेडिकल कार्ड की छायाप्रति पर इलाज करने वाले डॉक्टर द्वारा रोगी की फोटो का सत्यापन		
10.	नामित अधिकारी द्वारा जारी भर्ती सत्यापन रिपोर्ट (विजिट रिपोर्ट)		
11.	अस्पताल सरकारी/सूचीबद्ध/गैर-सूचीबद्ध, किस श्रेणी में है।		
12.	इलाज की अवधि		
13.	क्या दावा इलाज पूर्ण होने/डिस्चार्ज होने के छः माह के अंदर प्रस्तुत किया गया है? यदि हाँ, तो इकाई में दावा प्रस्तुत करने की तिथि।		
14.	(क) भुगतान योग्य अनुशंसा राशि सीजीएचएस दरों से अधिक नहीं है।		
	(ख) यदि अस्पताल द्वारा सहमत दरें सीजीएचएस दरों से कम हैं, तो इस कमी को दर्शाये।		
	(ग) दावा चेक करते समय यह सुनिश्चित कर लिया गया है कि-		
	i) जाँच/परीक्षण/दवाइयाँ आदि जो भर्ती रहने के दौरान दी गयी हैं, पैकेज इलाज की दशा में उनको अलग से चार्ज नहीं किया गया है।		
	ii) पैकेज अवधि से ऊपर अतिरिक्त स्टे अवधि का चार्ज नहीं लिया गया है, यदि हाँ, तो इसकी सूचना लाभार्थी/अस्पताल को दे दी गयी है।		
	iii) यदि कोई प्रत्यारोपण किया गया है तो उसकी लागत सीजीएचएस द्वारा निर्धारित सीलिंग के अनुसार प्रतिबंधित है।		
	iv) सीजीएचएस सूची के अनुसार जाँच/उपचार के पैकेज की क्रम सं. (मद सं.) को बिल में दर्शाया गया है।		

*Agupta*  
4/10/18

**सहायक निदेशक (मेडिकल)**  
कार्यालय मुख्य महा प्रबन्धक  
बी० एस० एल० बल्ल०  
उ०प्र० पूर्व परिमण्डल, अखण्ड

	v) अस्पताल द्वारा सीजीएचएस दरों/अनुमोदित दरों से अधिक चार्ज करने के मामले में क्या अस्पताल से धन वापसी हेतु कार्यवाही की गयी एवं उसका क्या परिणाम रहा।		
15.	इमरजेंसी की दशा में प्राइवेट अस्पताल में इलाज कराने के मामले में-		
	(क) दावेदार का प्रार्थना पत्र इमरजेंसी परिस्थितियों का उल्लेख करते हुए।		
	(ख) सम्बन्धित अस्पताल का इमरजेंसी प्रमाणपत्र		
	(ग) जिले के सीएमओ द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित इमरजेंसी प्रमाणपत्र		
	(घ) इमरजेंसी की प्रामाणिकता के सम्बन्ध में एसएसए/इकाई प्रमुख की विशेष अनुशंसा		
	(इ) निवास/दुर्घटना स्थल से निकटतम सरकारी अस्पताल/सूचीबद्ध अस्पताल की दूरी		
	(च) निवास/ दुर्घटना स्थल से अस्पताल की दूरी, जहाँ रोगी का इलाज हुआ है।		
16.	क्या दावा निर्धारित प्रोफॉर्मा में है?		
17.	कर्मचारी के मुख्यालय से बाहर उपचार के मामले में सूचीबद्ध/सरकारी अस्पताल का सन्दर्भ पत्र।		
18.	परिमण्डल के भौगोलिक क्षेत्र से बाहर इलाज के मामले में मु.म.प्र. का अनुमोदन पत्र।		
19.	दावा के वित्त वर्ष के दौरान अनुशंसा राशि इकाई प्रमुख की वित्तीय स्वीकृति सीमा से अधिक है।		
20.	भुगतान योग्य राशि हेतु इकाई प्रमुख की अनुशंसा		
21.	सेवानिवृत्त कर्मचारियों/ आश्रितों के क्लेम के साथ प्रेसिडेंशियल ऑर्डर की प्रति संलग्न की जाए।		

प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर.....

प्राधिकृत अधिकारी का नाम.....

इकाई का नाम.....

*Agupta*  
5/10/18

सहायक निदेशक (मिडिकल)  
कार्यालय मुख्य महा प्रबन्धक  
बी० एस० इन० एल०  
सं० प्र० पूर्व परिमण्डल लखनऊ