

कार्यालय-ज्ञाप

निदेशालय के पत्रांक-1584, दिनांक-15.09.2021 तथा पत्रांक-1821 / ग्रा0अ0वि0 / बजट / चि0प्रति0 / पत्रा0-659 / 2022-23, दिनांक-05.09.2022 के क्रम में चिकित्सा प्रतिपूर्ति के प्रकरणों के सम्बन्ध में निम्नवत अवगत कराते हुए निर्देश दिए जाते हैं-

1. प्रखण्ड-उन्नाव में यह तथ्य प्रकाश में आया है कि एक सेवानिवृत्त कार्मिक ने फर्जीबिल/वाउचरों के आधार पर चिकित्सा प्रतिपूर्ति की धनराशि का भुगतान प्राप्त कर लिया। यह अत्यन्त आपत्तिजनक तथा भारी वित्तीय अनियमितता है।  
अतः यह आवश्यक है कि कृपया चिकित्सा प्रतिपूर्ति के प्रकरणों का निस्तारण करते समय प्रस्तुत किये गए बिल/वाउचरों की सत्यता से पूर्णतया संतुष्ट हो लें। साथ ही दावाकर्ता से इस आशय का वचनबन्ध प्रमाण-पत्र (प्रारूप संलग्न) भी प्राप्त कर लिया जाये जिसमें इस बात का स्पष्ट उल्लेख हो कि चिकित्सा प्रतिपूर्ति के भुगतान के पश्चात् यदि कोई अनियमितता पाई जाए, तो चिकित्सा प्रतिपूर्ति के रूप में भुगतान की गई सम्पूर्ण धनराशि तत्काल वापस करने के लिए वह बाध्य होगा/होगी तथा विभाग उसके विरुद्ध नियमानुसार विधिक कार्यवाही करने के लिए स्वतंत्र होगा।
2. भविष्य में चिकित्सा प्रतिपूर्ति की स्वीकृति हेतु जो प्रकरण विभागाध्यक्ष स्तर पर प्रेषित किये जायें, उनके साथ उक्त वचनबद्ध प्रमाण-पत्र भी संलग्न किया जाये। कई बार चिकित्सा प्रतिपूर्ति के प्रकरण चिकित्सा समाप्ति के 03 माह के बाद अत्यंत विलम्ब से प्रस्तुत किए जाते हैं। ऐसी स्थिति में चिकित्सा प्रतिपूर्ति की स्वीकृति के पूर्व विभागीय सचिव का अनुमोदन अनिवार्य होता है। ऐसा प्रकरण विलम्ब मर्षण हेतु भेजने से पूर्व विलम्ब का औचित्यपूर्ण कारण (साक्ष्य सहित) दावाकर्ता से प्राप्त करके उस पर अपना मन्तव्य/संस्तुति अवश्य अंकित की जाए। अग्रसारण पत्र के अन्य बिन्दु जो क्रमांक-3 में अंकित हैं, भी इसके साथ दिए जाएं।
3. आप द्वारा चिकित्सा प्रतिपूर्ति के जो प्रकरण विभागाध्यक्ष स्तर पर प्रेषित किए जाते हैं, उनके अग्रसारण पत्र में प्रायः तथ्यों का पूर्णतया अभाव रहता है। अतः इस संबंध में आपसे अपेक्षा है कि भविष्य में चिकित्सा प्रतिपूर्ति सम्बन्धी प्रकरणों को भेजते समय अपने अग्रसारण पत्र में अन्य बिन्दुओं के साथ-साथ निम्नलिखित बिंदु अवश्य समाहित करें-दावाकर्ता कार्मिक का नाम, कार्मिक सेवारत या पेंशनर या मृत हो गया है? इलाज किसका हुआ है (स्वयं का या आश्रित का) ? क्या आश्रित सदस्य पारिवारिक

6/11/22

Shw

पेंशन पात्रता की श्रेणी में आता है? क्या स्वास्थ्य पत्र परिशिष्ट "क" अथवा इसके समकक्ष कोई अन्य अभिलेख संलग्न है? क्या परिशिष्ट "ग" संलग्न है? कार्यालय में दावा प्रस्तुत करने की तिथि, बीमारी का नाम, उपचार की अवधि, दावे की धनराशि, तकनीकी परीक्षण रिपोर्ट में संस्तुत की गई धनराशि, तकनीकी परीक्षण रिपोर्ट का पत्रांक व दिनांक, डॉक्टर का पर्चा और समस्त बिल वाउचर मूल रूप में हैं या नहीं और क्या इन सब पर उपचारी चिकित्सक के हस्ताक्षर हैं? सर्टिफिकेट "ए" या सर्टिफिकेट "बी" में से कौन सा संलग्न है? क्या ये उपचारी चिकित्सक द्वारा हस्ताक्षरित और अस्पताल के अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित है? यदि निजी चिकित्सालय में उपचार कराया गया है, तो क्या आपात-दशा प्रमाण पत्र निर्धारित प्रारूप पर संलग्न है? सेवानिवृत्त कार्मिक के प्रकरण में पीपीओ अग्रसारण पत्र की छायाप्रति तथा बैंक पासबुक (जिसमें पेंशन आती है) की छायाप्रति संलग्न की जाये। सम्बन्धित कोषागार का नाम लिखा जाये जहां से पेंशन प्राप्त की जा रही है, किसके पक्ष में धनराशि भुगतान की संस्तुति की जा रही है, का उल्लेख किया जाये।

### संलग्नक-यथोक्त

(शिव सिंह)  
वित्त नियन्त्रक

### पत्रांक एवं दिनांक-उपरोक्तानुसार।

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित :-

1. निदेशक एवं मुख्य अभियन्ता (कैम्प कार्यालय), ग्रामीण अभियन्त्रण विभाग, मुख्यालय, लखनऊ।
2. मुख्य अभियन्ता (पूर्वी/पश्चिमी), ग्रामीण अभियन्त्रण विभाग, उ०प्र०।
3. समस्त अधीक्षण अभियन्ता, ग्रामीण अभियन्त्रण विभाग, उ०प्र०।
4. समस्त अधिशासी अभियन्ता, ग्रामीण अभियन्त्रण विभाग, उ०प्र०।
5. कार्यालयाध्यक्ष/आहरण वितरण अधिकारी, ग्रामीण अभियन्त्रण विभाग, मुख्यालय, लखनऊ।
6. वित्त एवं लेखाधिकारी/सहायक लेखाधिकारी/लेखाकार, आशुलिपिक एवं कनिष्ठ सहायक, ग्रामीण अभियन्त्रण विभाग, मुख्यालय।
7. प्रशासनिक अधिकारी, बजट अनुभाग, ग्रामीण अभियन्त्रण विभाग, मुख्यालय।

*Shiv*  
07/11/22  
(शिव सिंह)  
वित्त नियन्त्रक



## वचनबन्ध प्रमाण-पत्र

(चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे के साथ संलग्न करें)

मैं..... प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि—

1. मेरे द्वारा स्वयं/आश्रित (नाम व सम्बन्ध) .....की चिकित्सा (हास्पिटल का नाम) ..... में दिनांक ..... से ..... तक करायी गयी।
2. चिकित्सा प्रतिपूर्ति के दावे की धनराशि रू0.....मात्र है जिसका भुगतान मेरे द्वारा किया गया है। यह दावा पूर्णतया सही एवं नियमानुसार है।
3. मेरे द्वारा उक्त अवधि के बाउचरों के विरुद्ध प्रतिपूर्ति किसी भी अन्य विभाग/मेडिकलेम पॉलिसी के अन्तर्गत पूर्व में नहीं ली गयी है और न ही भविष्य में ली जायेगी।
4. उक्तानुसार प्रस्तुत दावे के परीक्षण/भुगतान होने के पश्चात यदि जाँच में दावा त्रुटिपूर्ण/फर्जी पाया जाता है, तो ऐसी स्थिति में चिकित्सा प्रतिपूर्ति के रूप में भुगतानित सम्पूर्ण धनराशि को मैं तत्काल वापस कर दूँगा/दूँगी तथा विभाग मेरे विरुद्ध कोई भी दण्डात्मक/विधिक कार्यवाही करने के लिए स्वतंत्र होगा और मुझे उसमें कोई आपत्ति नहीं होगी।

हस्ताक्षर.....

नाम— .....

पदनाम— .....

कार्यालय— .....

मोबाइल नं0.....

दिनांक— .....