

वहाँ सम्बन्धित जिले का जिला मजिस्ट्रेट इस प्रयोजनार्थ कार्यालयाध्यक्ष और विभागाध्यक्ष भी होगा।

- तकनीकी परीक्षण प्राधिकारी
17. (क) स्वीकर्ता अधिकारी या पेंशनभोगी के मामले में कार्यालयाध्यक्ष दावा प्रस्तुत किये जाने के दिनांक से दस दिनों के भीतर तकनीकी परीक्षण के लिए सक्षम प्राधिकारी को भेजेगा। सम्बन्धित प्राधिकारी, सम्यक् तकनीकी परीक्षण करने के पश्चात् वास्तविक प्रतिपूरणीय धनराशि इंगित करते हुए उस दावे को पन्द्रह दिनों के भीतर, यथास्थिति, स्वीकर्ता प्राधिकारी या कार्यालयाध्यक्ष को वापस कर देगा।
- (ख) जब तक कि कतिपय आपत्तियाँ न उठायी गयी हों और संसूचित न की गयी हो, स्वीकर्ता प्राधिकारी द्वारा तकनीकी परीक्षण रिपोर्ट प्राप्त होने के दिनांक से 01 माह के भीतर प्रतिपूरति आदेश जारी किया जायेगा और आहरण एवं वितरण अधिकारी अगले 15 दिनों के भीतर उसका वास्तविक भुगतान सुनिश्चित करेगा। पेंशन भोगी के मामले में, यदि कार्यालयाध्यक्ष स्वीकर्ता प्राधिकारी न हो तो, वह तकनीकी परीक्षण रिपोर्ट के साथ प्रतिपूरति दावे को सात दिनों के भीतर स्वीकर्ता प्राधिकारी को अग्रसारित कर देगा जो भुगतान के लिए उपर्युक्त समय-सारिणी का अनुसरण करेगा।
- प्रतिपूरति के लिए अनिवार्य दस्तावेज
18. स्वीकर्ता प्राधिकारी द्वारा प्रतिपूरति की अनुमति तभी दी जायेगी जबकि परिशिष्ट "ग" में दिये गये विहित प्रारूप पर निम्नलिखित दस्तावेजों के साथ दावा प्रस्तुत किया जाए:
- (क) उपचारी चिकित्सक द्वारा विधिवत् हस्ताक्षरित और चिकित्सालय के प्रभारी अधीक्षक, व्हे जिस भी नाम से जाना जाय, द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित अनिवार्यता प्रमाण-पत्र।
- (ख) उपचारी चिकित्सक द्वारा विधिवत् सत्यापित सभी बिलों, संदर्भ पत्र, प्रेस्क्रिप्शन पर्चों, और बाउचरों की मूल प्रतियाँ।
- (ग) सक्षम प्राधिकारी द्वारा तकनीकी परीक्षण की रिपोर्ट।

(घ) विशेष परिस्थितियों में दावे को सिद्ध करने के लिए कोई अन्य दस्तावेज भी मूल रूप में संलग्न किये जा सकते हैं।

(ङ) अपूर्ण दावों पर विचार नहीं किया जायेगा।

तकनीकी परीक्षण के लिए सक्षम प्राधिकारी 19. तकनीकी परीक्षण के लिए सक्षम प्राधिकारी निम्नवत् होंगे:-  
प्राधिकारी

दावे की धनराशि	सक्षम प्राधिकारी
(एक) ₹40000/- तक	उपचारी या संदर्भकर्ता सरकारी चिकित्सालय/आयुर्वेदिक, यूनानी और होम्योपैथी सरकारी चिकित्सालय का प्रभारी चिकित्साधिकारी/अधीक्षक।
(दो) ₹40001/- से अधिक	उपचारी या संदर्भकर्ता सरकारी चिकित्सालय का चिकित्सा अधीक्षक/मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/मुख्य चिकित्सा अधिकारी/जिला होम्योपैथी चिकित्साधिकारी या क्षेत्रीय आयुर्वेदिक एवं यूनानी अधिकारी।
(तीन) निजी चिकित्सालयों में विशिष्ट उपचार हेतु	सदर्भकर्ता संस्था के आचार्य या विभागाध्यक्ष से अन्यून श्रेणी के उपचारी चिकित्सक द्वारा जैसा नियम 13(क) में उपबंधित है।

(ख) सक्षम प्राधिकारी दावे की विधि मान्यता/अनिवार्यता और अनुमन्यता का तकनीकी परीक्षण करेगा और प्रतिपूर्ति हेतु अनुमन्य धनराशि शब्दों और अंकों दोनों में संस्तुत करेगा।

स्वीकर्ता प्राधिकारी

20. उपचार हेतु प्रतिपूर्ति दावा स्वीकृत करने के लिए सक्षम प्राधिकारी निम्नवत् होंगे:

(क) सरकारी सेवकों के लिए:-

दावे की धनराशि	स्वीकर्ता प्राधिकारी
₹100000/- तक	कार्यालयाध्यक्ष
₹100000/- से अधिक- ₹250000/- तक	विभागाध्यक्ष

₹250000/- से अधिक - ₹500000/- तक	सरकार का प्रशासकीय विभाग
₹500000/- से अधिक	चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग की संस्तुति के बाद और वित्त विभाग की पूर्व स्वीकृति से सरकार का प्रशासकीय विभाग।

(ख) सेवानिवृत्त सरकारी सेवकों के लिए:-

दावे की धनराशि	स्वीकर्ता प्राधिकारी
₹100000/- तक	सक्षम तकनीकी परीक्षण अधिकारी की संस्तुति के पश्चात् पेंशन आहरित करने वाले जनपद का कार्यालयाध्यक्ष
₹100000/- से अधिक- ₹500000/- तक	सक्षम तकनीकी परीक्षण अधिकारी की संस्तुति के पश्चात् पेंशन आहरित करने वाले जनपद के कार्यालयाध्यक्ष के माध्यम से जिलाधिकारी।
₹500000/-से अधिक	सक्षम तकनीकी परीक्षण अधिकारी की संस्तुति के पश्चात् पेंशन आहरित करने वाले जनपद के कार्यालयाध्यक्ष द्वारा यथामाध्यम प्रशासकीय विभाग के समक्ष प्रस्तुत करने पर प्रशासकीय विभाग के माध्यम से चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग की संस्तुति एवं वित्त विभाग की पूर्व स्वीकृति के पश्चात् प्रशासकीय विभाग।

व्यय का कोषागार "शीर्ष"

21. प्रतिपूर्ति की धनराशि उसी "शीर्ष" से आहरित की जायेगी जिससे सामान्यतया वेतन, भत्ते और पेंशन आदि आहरित किये जाते हैं।

भाग-छ:  
प्रकीर्ण

यात्रा और सहचर

22. (क) यदि कोई प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक किसी रोगी को उच्चतर/विशिष्ट उपचार के लिए, जिसके लिए जिला/राज्य में सुविधा उपलब्ध नहीं है, किसी चिकित्सालय को संदर्भित करता है तो कार्यालयाध्यक्ष द्वारा

प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की विशिष्ट लिखित सलाह पर ऐसा उपचार कराने के लिए यात्रा की अनुमति दी जा सकती है।

(ख) बीमारी की गम्भीरता पर विचार करते हुए यदि प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक लिखित में यह संस्तुति करता है कि रोगी को किसी परिचारक द्वारा अनुरक्षित किया जाना है, तो कार्यालयाध्यक्ष द्वारा नाम सहित किसी परिचारक के लिए अनुमति दी जा सकती है जो सामान्यतः रोगी का सम्बन्धी होगा।

(ग) रोगी और परिचारक, यदि कोई हो, अपनी सरकारी यात्रा के हकदारी की सीमा तक अपने निवास से उपचार के स्थान तक निकतम रेल मार्ग से जाने और वापस आने की ऐसी यात्रा हेतु यात्रा भत्ता पाने का हकदार होगा, किन्तु वायुयान द्वारा यात्रा करने पर कोई दैनिक भत्ता अनुमन्य नहीं होगा भले ही लाभार्थी उसके लिए हकदार है या था।

(घ) जटिल बीमारी की दशा में प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की लिखित संस्तुति पर सरकार वायुयान द्वारा यात्रा की अनुमति दे सकती है।

#### समय-सीमा

23. सामान्यतया दावा तीन माह के भीतर प्रस्तुत कर दिया जाना चाहिए अन्यथा विभागीय सचिव का अनुमोदन अनिवार्य होगा जो मामले के गुणदोष के आधार पर दावे की प्रतिपूर्ति का विनिश्चय करेगा।

#### अखिल भारतीय सेवा के सदस्य

24. यह नियमावली अखिल भारतीय सेवा के सदस्यों पर उन मामलों में लागू होगी जहाँ अखिल भारतीय सेवा (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली, 1954 के प्रावधान इस नियमावली से निम्नतर हैं।

#### वाह्य सेवा

25. यदि कोई सरकारी सेवक वाह्य सेवा/प्रतिनियुक्ति पर सेवारत हो तो उसे इस नियमावली के अधीन अनुमन्य से निम्नतर चिकित्सा सुविधा नहीं प्राप्त होगी और चिकित्सा परिचर्या तथा

उपचार पर हुआ व्यय वाह्य नियोक्ता द्वारा वहन किया जायेगा और पैतृक विभाग द्वारा नहीं किया जायेगा।

- निरसन और अपवाद 26. समय-समय पर यथासंशोधित उत्तर प्रदेश सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली, 1946 और इस संबंध में निर्गत किये गये सभी सरकारी आदेश निरसित हो जायेंगे। तथापि, प्रतिपूर्ति के लिए हकदारी उनसे कम नहीं होगी जो इस नियमावली के प्रारम्भ के पूर्व अनुमन्य थी।
- कठिनाई का निराकरण 27. यदि उत्तर प्रदेश सरकारी सेवक(चिकित्सा परिचर्या) नियमावली, 2011 के उपबन्धों के प्रवर्तन में कोई कठिनाई उत्पन्न होती है तो राज्य सरकार गजट में प्रकाशित आदेश द्वारा ऐसे उपबन्ध कर सकती है जो इस नियमावली से असंगत न हों और कठिनाई दूर करने के लिए आवश्यक और समीचीन प्रतीत हों।
- निर्वचन और शिथिलीकरण 28. (क) यदि इस नियमावली के निर्वचन के संबंध में कोई शंका उत्पन्न होती है तो उसे सरकार को निर्दिष्ट किया जायेगा, जिसका उस पर निर्णय अन्तिम होगा।
- (ख) जहाँ राज्य सरकार का समाधान हो जाए कि चिकित्सा परिचर्या की शर्तों को विनियमित करने वाले किसी नियम या उसके अधीन निर्गत आदेश से किसी विशिष्ट मामले में कोई असम्यक कठिनाई उत्पन्न होती है, वहाँ वह, उस मामले में लागू नियम या आदेश में किसी बात के होते हुए भी उस नियम या आदेश की अपेक्षाओं को उस सीमा तक और ऐसी शर्तों के अधीन रहते हुए आदेश द्वारा वह अभिमुक्त या शिथिल कर सकती है जैसा मामले के न्यायोचित और साम्यपूर्ण रीति से निस्तारण के लिए आवश्यक समझे।

आज्ञा से,

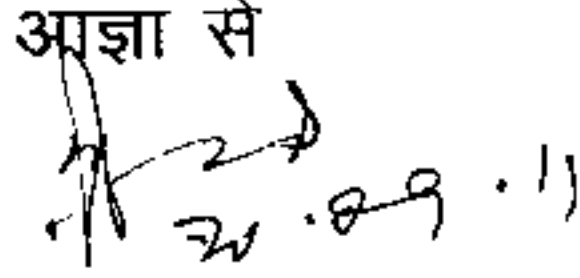


(संजय अग्रवाल)  
प्रमुख सचिव

संख्या-2275 (1)/पांच-6-11-तददिनांक-

प्रतिलिपि संयुक्त निदेशक राजकीय मुद्रणालय ऐशबाग लखनऊ को अधिसूचना के अंग्रेजी रूपान्तर की प्रति सहित इस आशय के साथ प्रेषित कि अधिसूचना को असाधारण गजट के विधायी परिशिष्ट भाग-4, खण्ड-ख में दि०-20 सितम्बर 2011 को प्रकाशित कराये तथा अधिसूचना की मुद्रित 1000(एक हजार मात्र) प्रतियां शासन के चिकित्सा अनुभाग-6 को शीघ्र उपलब्ध कराने का कष्ट करें।

आज्ञा से

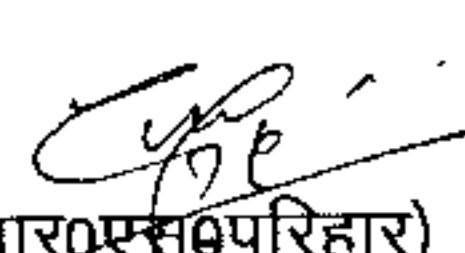
  
(मणि प्रसाद मिश्र)  
विशेष सचिव।

संख्या-2275 (1)/पांच-6-11-तददिनांक-

प्रतिलिपि निम्नलिखित सूचनार्थ एवं प्रेषित कार्यवाही हेतु प्रेषित-

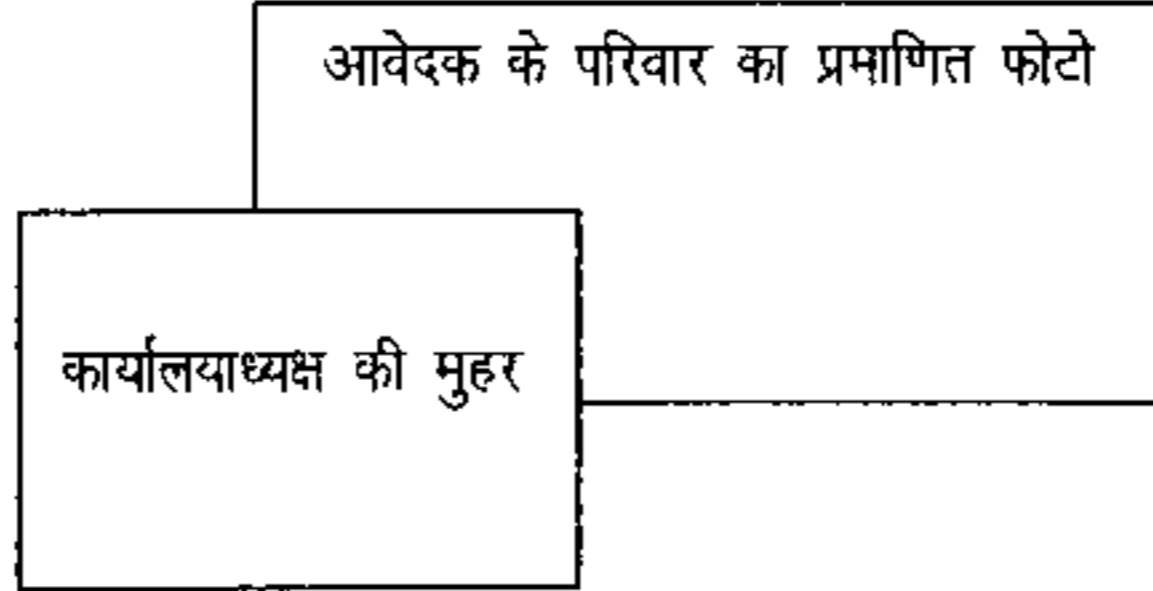
1. महालेखाकार उ०प्र० इलाहाबाद।
2. शासन के समस्त प्रमुख सचिव/ सचिव।
3. समस्त मण्डलायुक्त।
4. समस्त जिलाधिकारी।
5. महानिदेशक चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें उ०प्र०।
6. महानिदेशक परिवार कल्याण उ०प्र०।
7. निदेशक (प्रशासन) चिकित्सा स्वास्थ्य,स्वास्थ्य भवन लखनऊ।
8. समस्त विभागाध्यक्ष/प्रमुख कार्यालयाध्यक्ष।
9. समस्त मुख्य चिकित्साधिकारी/मुख्य चिकित्सा अधीक्षक।
10. शासन के समस्त अनुभाग।

आज्ञा से

  
(आर०एस०परिहार)  
अनु सचिव।

परिशिष्ट 'क'  
उत्तर प्रदेश सरकार  
स्वास्थ्य-पत्रक  
(भाग दो, नियम-6(क) देखें)

संख्या-.....



नाम:- ..... जन्म का दिनांक ..... लिंग.....

पदनाम..... विभाग का नाम .....

तैनाती का स्थान-.....

आवासीय पता-.....

मूल वेतन तथा वेतनमान/पेंशन-.....

नामिनी का नाम-.....

आश्रित पारिवारिक सदस्यों का विवरण-

क्रमांक	नाम	जन्म का दिनांक	आवेदक से सम्बन्ध
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
कुल संख्या			

दिनांक.....

आवेदक के हस्ताक्षर  
कार्यालयाध्यक्ष के प्रतिहस्ताक्षर, मुहर सहित।

परिशिष्ट "ख"  
(भाग चार, नियम-15"ख" देखें)  
उपचार हेतु अग्रिम के लिए आवेदन का प्रारूप

1. आवेदक का नाम-
2. पदनाम-
3. तैनाती का स्थान-
4. कार्यालयाध्यक्ष-
5. मूल वेतन-
6. स्वास्थ्य पत्रक संख्या-
7. रोगी का नाम-
8. कर्मचारी से सम्बन्ध-
9. बीमारी का नाम(जिससे पीड़ित है)-
10. व्यय की धनराशि-.....

(उपचारी चिकित्सक द्वारा तैयार तथा चिकित्सालय के अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित व्यय-अनुमान संलग्न है)

11. अपेक्षित अग्रिम की धनराशि

दिनांक:.....

(कर्मचारी के हस्ताक्षर)

नाम:

पदनाम



परिशिष्ट "ग"  
(भाग-पाँच-नियम-16 तथा 18 देखें)

सेवा में,  
कार्यालयाध्यक्ष का नाम,  
.....  
.....

विषय: चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति।

महोदय,  
मैं...../मेरे पारिवारिक सदस्य(नाम).....  
ने .....(बीमारी का नाम) के लिए .....  
(दिनांक) से..... तक.....(चिकित्सालय का  
नाम) में उपचार करवाया है। मैं निम्नलिखित दस्तावेजों के साथ प्रतिपूर्ति के लिए दावा प्रस्तुत कर रहा  
हूँ:-

1. उपचारी चिकित्सक/चिकित्सालय के अधीक्षक द्वारा हस्ताक्षरित/प्रतिहस्ताक्षरित अनिवार्यता प्रमाण-पत्र।
2. उपचारी चिकित्सक द्वारा विधिवत् हस्ताक्षरित एवं सत्यापित मूल नकद पर्ची(कैश मेमो), बीजक(बिल), वाउचर।
3. यह प्रमाणित किया जाता है कि उपर नामित पारिवारिक सदस्य मुझ पर पूर्णतया आश्रित है।

मेरे उपचारार्थ..... के पत्र संख्या..... दिनांक  
..... द्वारा स्वीकृत रू०..... के अग्रिम का  
समायोजन करने के पश्चात् मेरे दावे की प्रतिपूर्ति के लिए यथा आवश्यक कार्यवाही करने की  
कृपा करें।

दिनांक.....

अधिकारी/कर्मचारी का नाम  
पदनाम:  
तैनाती का स्थान-

**परिशिष्ट "घ"**  
**(भाग-चार-नियम-15 (च) देखें)**  
**चिकित्सा परिचारक के लिए अग्रिमों की पंजी**

क्र.स.	सरकारी सेवक का नाम और पदनाम	अग्रिम की स्वीकृति के लिए शासनादेश का दिनांक और संख्या	स्वीकृत अग्रिम की धनराशि	अग्रिम के आहरण का दिनांक और वाउचर संख्या	प्रतिपूर्ति दावा में प्रस्तुतीकरण की देय अवधि
1	2	3	4	5	6

कार्यालयाध्यक्ष/ विभागाध्यक्ष के कार्यालय में प्रतिपूर्ति दावा की प्राप्ति का वास्तविक दिनांक	अग्रिम की प्रतिपूर्ति दावा वसूली के भुगतान के लिए की गई कार्यवाही का विवरण	प्रतिपूर्ति दावा की स्वीकृति के आदेश की संख्या और दिनांक	प्रतिपूर्ति के लिए स्वीकृत धनराशि	समायोजन के लिए यदि कोई हो, अग्रिम की अवशेष धनराशि
7	8	9	10	11

टेजरी चालान की संख्या और दिनांक अग्रिम की अवशेष धनराशि के लिए जमा की गयी धनराशि, यदि कोई हो।	समायोजन की बिल संख्या और दिनांक	चेकिंग के पश्चात् आहरण एवं वितरण अधिकारी के हस्ताक्षर	अभ्युक्ति
12	13	14	14