|  |  |
| --- | --- |
| NIOS |  **राष्‍ट्रीय मुक्‍त विद्यालयी शिक्षा संस्‍थान****NATIONAL INSTITUTE OF OPEN SCHOOLING** |

**एनआईओएस कार्मिक द्वारा केंद्र सरकार अथवा एनआईओएस द्वारा मान्‍यता प्राप्‍त सरकारी नगर निगम, अस्‍पताल/निजी अस्‍पताल में बाह्य रोगी के रूप में घातक और लंबे रोग के उपचार हेतु किए गए अतिरिक्‍त चिकित्‍सीय खर्च के दावे के लिए आवदेन फॉर्म/ Form of application for claiming Additional Medical expenses incurred toward treatment of Chronic and Prolonged !Disease tal e·n by NIOS employee as outdoor patient in Govt./Municipal Hospital/Private Hospital recognized by Central Government or NIOS.**

राष्‍ट्रीय मुक्‍त विद्यालयी शिक्षा संस्‍थान में कार्यरत श्री/श्रीमती/सुश्री/डॉ. ................................................ को प्रदत्‍त प्रमाणपत्र/Cenificate granted to Mr./Mrs./Miss ...............................................employed in the National Institute of Open Schooling.

1. डॉ. ......................................................................... एतद् द्वारा प्रमाणित करते हैं कि

Dr. ............................................... hereby certify

1. यह रोगी .............................. से ................................. तक पीडि़त हैं/थे और .......................से ............................ तक (अस्‍पताल का नाम) में उपचार करा रहे हैं/थे/That the patient is/was suffering from ............................................................. and is/was under treatment at ..................................... (name of the hospital) from ..................... to ..................................

1. मेरे द्वारा/अस्‍पताल द्वारा (अस्‍पताल का नाम) ....................................................................... निम्‍नलिखित राशि ली गई और एक्‍स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि आवश्‍यक थे तथा ................................................................ (अस्‍पताल का नाम अथवा प्रयोगशाला में) मेरे परामर्श पर कराए गए/That the follo,wing amounts were charged by me/hospital.................................................................. (Name'o'f Hospital) and the X-ray, laboratory tests etc., were necessary and were undertaken on my advice at ............................................................. (name of the hospital or laboratory)
2. पंजीकरण शुल्‍क/ Registration Charges ............................................................
3. परामर्श शुल्‍क/ Consultation Charges ...............................................................
4. टीके संबंधी शुल्‍क/ Injection·charges ..........................................................
5. एक्‍स-रे, प्रयोगशाला परिक्षण/ X-ray, laboratory tests ...........................................
6. कि इस संबंध में मेरे द्वारा निर्दिष्‍ट की गई निम्‍नलिखित दवाएं रोगी के स्‍वास्‍थ्‍य लाभ के लिए आवश्‍यक थीं और निर्दिष्‍ट की गईं ये दवाएं/उपचार में मासमीडिया में प्रकाशित की गई कॉस्‍मेटिक, टॉयलेट्री, टॉनिक और दवाएं शामिल नहीं हैं जो समय-समय पर सरकार द्वारा प्रतिपूर्ति योग्‍य नहीं है और अस्‍वीकार्य हैं/That the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery of the patient and these medicines/treatment prescribed do not ii1clude cosmetics, toiletry, tonics and medicines advertised in mass media which arc not rcimb'ursable and other inadmissible medicines notified by Goven1ment of India from time to time.

दवाओं का नाम/ **Name of the Medicines**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. किया गया उपचार और निर्दिष्‍ट की गई दवाएं पूर्णत: .............................................................. के उपचार के लिए ही हैं जो कि लंबा/घातक रोग है/That the investigations undertaken and medicines prescribed is exclusively for the treatment of .................................. which is a prolonged/chronic diseases.
2. कि मैंने रोगी को विशेष परामर्श के लिए डॉ. ............................................................. को भेजा है/That I referred the patient to Dr. .....................................................for special consultants.

1. कि रोगी का अस्‍पताल में भर्ती करने की आवश्‍यकता नहीं थीं/है/That the patient did not require Hospitalisation.

एएमए/‍चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम

 Signature and Designation of the AMA/Medical Officer

अस्पताल के इस मामले के प्रभारी

In-charge of the case at the hospital