



**मुख्यालय पुलिस महानिदेशक, उत्तर प्रदेश।**

1, तिलक मार्ग, लखनऊ-226001  
फोन नम्बर-0522-2207997 / फ़ैक्स न.0522-2206120  
ईमेल- [www.igkarmik-up@nic.in](mailto:www.igkarmik-up@nic.in)

संख्या: डीजी-1-39(निर्देश)-2018

दिनांक: लखनऊ: जून 15, 2018

सेवा में,

- 1-समस्त अपर पुलिस महानिदेशक, उ०प्र०।
- 2-समस्त पुलिस महानिरीक्षक, उ०प्र०।
- 3-समस्त पुलिस उपमहानिरीक्षक, उ०प्र०।
- 4-समस्त वरिष्ठ पुलिस अधीक्षक/पुलिस अधीक्षक, उ०प्र०
- 5-समस्त सेनानायक, पीएसी, उ०प्र०।

भारतीय पुलिस सेवा के अधिकारियों को शासनादेश संख्या:269/पॉच-7-88-1071-87, दिनांक:06-02-1988 तथा शासनादेश संख्या:3791/पॉच-7-91-1072/91 दिनांक: 02-07-1991 (छायाप्रति संलग्न) द्वारा आपातकालीन परिस्थितियों एवं गम्भीर दुर्घटनाओं में करायी गयी चिकित्सा की प्रतिपूर्ति अनुमन्य है जिसके अन्तर्गत रुपये 750/-तक चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति देय है। इस शासनादेश के प्रस्तर-2 में उल्लिखित है कि यदि कोई ऐसी आकस्मिकता आ जाये कि रोगी को सरकारी अस्पताल तक न पहुँचाया जा सके या सरकारी अस्पताल में उक्त चिकित्सा उपलब्ध न हो पाये अथवा उपचार में विलम्ब होने के फलस्वरूप रोगी के जीवन को खतरा हो ऐसी आकस्मिकताओं में ही चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति के दावे की स्वीकृति प्रदान की जाती है।

2- उत्तर प्रदेश सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावाली-2011 एवं 2014 के अन्तर्गत उत्तर प्रदेश राज्य के अधिकारियों/कर्मचारियों की भांति सामान्य परिस्थितियों में उपचार कराने पर अनिवार्यता प्रमाण-पत्र (Certificate "A") व (Certificate "B") में चिकित्सा दावे को चिकित्सा अधीक्षक द्वारा परीक्षणोपरान्त देय धनराशि की चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति स्वीकृति की जाती है।

3- इस मुख्यालय में प्राप्त होने वाले अधिकांश दावों के अवलोकन से विदित है कि अधिकारियों को उपरोक्त दोनों चिकित्सा दावों में भ्रम की स्थिति है। अनेक दावे ऐसे हैं जिनमें सामान्य श्रेणी की बीमारी में क्य की गयी दवाओं के बिल/बाउचर आपातकालीन परिस्थितियों एवं गम्भीर दुर्घटनाओं में कराये गये उपचार के अन्तर्गत दावे प्रस्तुत कर दिये जाते हैं। ऐसी बीमारी जिसका उपचार निरन्तरता में कुछ समय तक कराया जाए अथवा ऐसी बीमारी जिसमें निरन्तरता में चिकित्सक के परामर्श के अनुसार दवा लेनी होती है ऐसे दावे सामान्य चिकित्सा के अन्तर्गत (Certificate "A") व (Certificate "B") पर प्रस्तुत करने चाहिये।

4- आपातकालीन परिस्थितियों एवं गम्भीर दुर्घटनाओं में रुपये 750/-तक की चिकित्सा के दावे उपरोक्त शासनादेश दिनांक:02-07-1991 में उल्लिखित परिस्थितियों में करायी गयी चिकित्सा के दावे प्रेषित किये जाने चाहिये। उपरोक्त दोनों श्रेणी के सही व नियमानुसार चिकित्सा दावे प्राप्त होने पर ही स्वीकृति प्रदान किया जाना नियमानुकूल होगा।

(2)

अतः उचित होगा कि चिकित्सा दावे इस मुख्यालय को प्रेषित करने के पूर्व शासनादेश एवं नियमावली का भली भाँति परीक्षण करके चिकित्सा दावा प्रेषित किये जायें, ताकि भारतीय पुलिस सेवा के अधिकारियों के चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति के दावों की स्वीकृति समय से प्रदान की जा सके और अधिकारियों को चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति हेतु किसी प्रकार की असुविधा/कठिनाई का सामना न करना पड़े।

निदेशानुसार कृपया अपने कार्यालय में चिकित्सा प्रतिपूर्ति का कार्य करने वाले सम्बन्धित अधिकारियों/सहायकों को कड़ाई से अनुपालन सुनिश्चित करने हेतु निर्देशित करने का कष्ट करें।

15/6/18

(नीरा रावत)

अपर पुलिस महानिदेशक(कार्मिक)  
उत्तर प्रदेश।

**प्रतिलिपि:-** समस्त पुलिस महानिदेशक उ0प्र0 को सादर सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित।

प्र

डा० बच्चो लाल,  
विशेष सचिव,  
उत्तर प्रदेश शासन।

सेवा में,

- 1—शासन के समस्त सचिव/  
विभागाध्यक्ष तथा प्रमुख कार्यालयध्यक्ष।
- 2—समस्त मंडलों के आयुक्त।
- 3—समस्त जिलाधिकारी, उत्तर प्रदेश।

चिकित्सा अनुभाग-7

लखनऊ, दिनांक 2 जुलाई, 1991

विषय:—अखिल भारतीय सेवाओं (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली, 1954 विभागाध्यक्षों को आपातकालीन परिस्थितियों में क्रमशः ₹0 250 एवं ₹0 500 के चिकित्सा व्ययों के प्रतिपूर्ति के स्वीकृति के अधिकार प्रतिनिधायन के संबंध में।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक चिकित्सा अनुभाग-7 के शासनादेश संख्या 269/5-7-88-1071-87, दिनांक 6 फरवरी, 1988 द्वारा राज्य की सेवा में रत अखिल भारतीय सेवाओं के अधिकारियों को आपातकालीन परिस्थितियों में यदि अनुमन्य स्रोत को छोड़कर निर्धारित शर्तों के अधीन वे किसी अन्य स्रोत से चिकित्सा करते हैं तो ऐसे व्यय को विभागाध्यक्षों को मुख्यालय में स्थित अखिल भारतीय सेवा के अधिकारियों के लिये ₹0 250 व राज्य सरकार के मुख्यालय से बाहर कार्यरत अखिल भारतीय सेवा के अधिकारियों के लिये ₹0 500 तक के चिकित्सा व्ययों की प्रतिपूर्ति का अधिकार प्रतिनिधायित किया गया है।

2—इस संबंध में मुझे अखिल भारतीय सेवाओं (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली, 1954 के सुसंगत नियमों के उद्धरण की प्रति संलग्न करते हुए आपको यह सूचित करने का निदेश हुआ है कि इस चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति सामान्यतया उचित दरों पर सरकारी अस्पतालों में चिकित्सा सुविधा उपलब्ध होने पर अन्य स्रोत से कराये गये चिकित्सा व्ययों की प्रतिपूर्ति नहीं की जाती है किन्तु यदि कोई ऐसी अकस्मिकताएँ आ जायें कि रोगी को सरकारी अस्पताल तक पहुँचा जा सके या सरकारी अस्पताल में उक्त चिकित्सा उपलब्ध न हो पाये अथवा उपचार में विलम्ब होने के फलस्वरूप रोगी के जीवन को खतरा हो, ऐसी अकस्मिकताओं में ही अखिल भारतीय सेवा के अधिकारियों को क्रमशः ₹0 250 एवं ₹0 500 के चिकित्सा व्ययों के प्रतिपूर्ति के लिये ही विभागाध्यक्षों को अधिकार प्रतिनिधायित किया गया है। इस संबंध में यह भी स्पष्ट किया जाता है कि इस प्रकार के चिकित्सा व्ययों की प्रतिपूर्ति केवल अखिल भारतीय सेवाओं (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली, 1954 की सीमाओं के अन्तर्गत सामान्य मुख्य भावनाओं के अनुरूप ही की जा सकेगी।

3—उपर्युक्त चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति का अधिकार विभागाध्यक्ष द्वारा स्वयं की चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के लिये लागू नहीं होगा। विभागाध्यक्ष को स्वयं की इस प्रकार के चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति उच्चदरों द्वारा ही की जा सकेगी।

4—मुख्यालय लखनऊ में स्थित अखिल भारतीय सेवा के अधिकारियों के लिये ₹0 250 के चिकित्सा व्ययों की प्रतिपूर्ति हेतु विभागाध्यक्षों का तत्पर्य सचिव, विशेष सचिव, अध्यक्ष राजस्व परिषद्, आयुक्त एवं सचिव एवं अन्य समकक्ष स्तर के अधिकारियों से है। इसी प्रकार लखनऊ मुख्यालय के बाहर कार्यरत अखिल भारतीय सेवा के अधिकारियों के लिये ₹0 500 तक के चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु विभागाध्यक्षों का तत्पर्य सचिव, विशेष सचिव, अध्यक्ष राजस्व परिषद्, आयुक्त एवं सचिव एवं अन्य समकक्ष स्तर के अधिकारियों से है।

5—यदि उपरोक्त प्रस्तर-4 को क्रमशः निर्धारित प्रतिपूर्ति की धनराशि सीमा से अधिक है तो यह नियुक्ति विभाग द्वारा चिकित्सा विभाग के परामर्श के अनुरोध ही स्वीकृति हेतु निर्णय लिया जा सकेगा। इस संबंध में अन्य प्रत्येक विवादित मामले चिकित्सा विभाग को परामर्श हेतु संबंधित किये जायेंगे।

अतः मुझे पुनः यह स्पष्ट करने का निदेश हुआ है कि अखिल भारतीय सेवा के अधिकारियों को क्रमशः ₹0 250 एवं ₹0 500 के चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति केवल आपातकालीन परिस्थितियों एवं गंभीर दुर्घटनाओं के लिए ही एवं इनकी प्रतिपूर्ति केवल उपरोक्त प्रस्तर-2 के परिप्रेक्ष्य में ही की जाय।

संलग्नक—संक्षेप

भवदीय,  
डा० बच्चो लाल,  
विशेष सचिव।

मुख्यालय पुलिस महानिदेशक, उत्तर प्रदेश,

1, तिलक मार्ग, लखनऊ-226001

फोन नम्बर-0522-2207995 / फैक्स न.0522-2206120

ईमेल-igkarmik-up@nic.in

HQRS. DIRECTOR GENERAL OF POLICE,

1, Tilak Marg, Lucknow-226001

Phone Number-0522-2207995/Fax No.0522-2206120

Email-igkarmik-up@nic.in

संख्या-डीजी-एक-39-2015

दिनांक: फरवरी 26 : 2015

सेवा में,

समस्त आईपीएस अधिकारी,  
उत्तर प्रदेश संवर्ग।

महोदय,

कृपया अखिल भारतीय सेवायें(चिकित्सा परिचर्या)नियमावाली-1954 के अर्न्तगत शासनादेश संख्या-269/5-7-88-1071/87, दिनांक 6-2-88 एवं शासनादेश संख्या-3791/5-7-91-1072/91, दिनांक 2-7-1991 द्वारा अखिल भारतीय सेवाओं के अधिकारियों को आपातकालीन परिस्थितियों में कराई गई चिकित्सा हेतु लखनऊ में नियुक्त अधिकारियों हेतु ₹ 250-00 तथा लखनऊ मुख्यालय से बाहर नियुक्त अधिकारियों हेतु ₹ 500-00 तक की चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति की वर्तमान सीमा को तत्काल प्रभाव से वृद्धि करते हुए ₹ 750-00 किये जाने की स्वीकृति प्रदान करने विषयक श्री अरविन्द कुमार, प्रमुख सचिव, चिकित्सा अनुभाग-6, उत्तर प्रदेश शासन, लखनऊ के पत्र संख्या-2206/पाँच-6-14-1(जी)/14, दिनांक 19-9-2014 की छायाप्रति संलग्न कर अग्रेतर आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित की जा रही है।

संलग्नक: यथोपरि।

भवदीया,

(तनुजा श्रीवास्तवा)

पुलिस महानिरीक्षक कार्मिक,

उत्तर प्रदेश।

1962 HE/615 22

संख्या-2206/पौअ-6-14-1(जी)/14

अरविन्द कुमार,  
प्रमुख सचिव,  
उत्तर प्रदेश शासन।

5492

सेवा में,  
समस्त प्रमुख सचिव/सचिव,  
उत्तर प्रदेश शासन।

चिकित्सा अनुभाग-6

लखनऊ: दिनांक: 19 सितम्बर, 2014

विषय:- अखिल भारतीय सेवायें (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली-1954 के अंतर्गत आपातकालीन परिस्थितियों के अंतर्गत करायी गयी चिकित्सा हेतु अनुमन्य धनराशि में संशोधन।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक चिकित्सा विभाग के शासनादेश संख्या-269/5-7-88-1071/87 दिनांक 06 फरवरी, 1988 व शासनादेश संख्या-3791/5-7-91-1072/91 दिनांक 02 जुलाई, 1991 तथा नियुक्ति विभाग का शासनादेश संख्या-यू0ओ0-617/5-6-2000-53(39)/92 दिनांक 04 जुलाई, 2000 के संबंध में मुझे यह कहने का निदेश हुआ है कि अखिल भारतीय सेवाओं के अधिकारियों को अखिल भारतीय सेवायें (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली 1954 के अंतर्गत आपातकालीन परिस्थितियों में चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति किये जाने के लिये शासनादेश संख्या-269/5-7-88-1071/87 दिनांक 06 फरवरी, 1988 व शासनादेश संख्या-3791/5-7-91-1072/91 दिनांक 02 जुलाई, 1991 द्वारा राज्य सरकार के मुख्यालय में स्थित अधिकारियों के लिये रू0-250/- तथा लखनऊ मुख्यालय के बाहर कार्यरत अधिकारियों के लिये रू0-500/- तक की चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के वित्तीय अधिकार विभागाध्यक्षों को प्रतिनिधानित किये गये थे।

2- शासनादेश संख्या-269/5-7-88-1071/87, दिनांक 06.02.1988 एवं शासनादेश संख्या-3791/5-7-91-1072/91 दिनांक 02 जुलाई, 1991 द्वारा अखिल भारतीय सेवाओं के अधिकारियों को आपातकालीन परिस्थितियों में करायी गयी चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु राज्य सरकार के मुख्यालय में स्थित अधिकारियों के लिये निर्धारित एक समय में अनुमन्य की गयी धनराशि रू0 250/- (रू0 दो सौ पचास मात्र) तथा लखनऊ मुख्यालय के बाहर कार्यरत अधिकारियों के लिये रू0-500/- (रूपया पाँच सौ मात्र) तक की चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति की वर्तमान सीमा को तत्काल प्रभाव से वृद्धि करते हुए महामहिम राज्यपाल रू0 750/- (रू0 सात सौ पचास मात्र) किये जाने की सहर्ष स्वीकृति प्रदान करते हैं।

3- इस प्रकार अनुमन्य भुगतान को स्वीकृत करने एवं भुगतान कराये जाने में शासनादेश संख्या-269/5-7-88-1071/87 दिनांक 06 फरवरी, 1988, शासनादेश संख्या-3791/5-7-91-1072/91 दिनांक 02 जुलाई, 1991 व शासनादेश संख्या-यू0ओ0-617/5-6-2000-53(39)/92 दिनांक 04 जुलाई, 2000 में उल्लिखित शर्तों/प्रतिबंधों का अनुपालन सुनिश्चित किया जायेगा।

4- यह आदेश वित्त विभाग के अशासकीय संख्या-जी(2).860/X/2014, दिनांक 19 सितम्बर, 2014 में प्राप्त उनकी सहमति से जारी किये जा रहे हैं।

भवदीय,

(अरविन्द कुमार)  
प्रमुख सचिव।

OSD(KK)

3499

P-8  
20/09/2014

11/9/14

## परिशिष्ट-2

चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु

## (क) CERTIFICATE- A

(To be completed in case of patients who are not admitted in hospital for treatment)

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss.....  
 wife/son/daughter of Mr.....  
 employed in the.....

## CERTIFICATE-A

(To be signed by the medical officer incharge of the case at the hospital)

- I- Dr. ....hereby certify,
- (a) that I charged/received Rs. .... for consultations on .....at my consulting room/at the residence of the patient.
- (b) that I charged and received Rs.....for administering.....intramuscular/sub cutaneous injections on date.....at my consulting room/at the residence of the patient and the injections were for immunizing or prophylactic purposes.
- (c) that the patient has been under treatment at.....hospital/ my consulting room and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery / prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the (name of the hospital) .....for the supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substance of equal therapeutic value are available and not preparations which are primarily foods, toilets and disinfectants.

SL.	Name of medicines	Quantity	Price
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

- (d) that the patient is/was suffering from .....and is/was under my treatment from .....to .....
- (e) that the patient is/was not given prenatal or postnatal treatment.

- (f) that the X-Ray, Laboratory tests for which on expenditure of Rs. .... was incurred were necessary and undertaken on my advice at .....
- (g) that I referred the patient to Dr. .... for specialist consultation and that the necessary approval of the ..... as required under the rules was obtained.
- (h) that the patient did not require hospitalisation,

Date.....

Signature & Designation of the  
Medical Officer and the Hospital/  
Dispensary to which attached

**COUNTERSIGNED**

I certify that the patient has been under treatment at the ..... hospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patient's treatment.

..... Medical superintendent of  
..... Hospital

Place:.....  
Date:.....

Note- Certificate (A) is compulsory and must be filled in by the Medical officer in all cases.

चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु  
(ब) CERTIFICATE 'B'

*(To be completed in case of patients who are admitted to hospital for treatment)*

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss.....  
wife/son/daughter of Mr.....  
employed in the.....

**PART 'A'**

*(To be signed by the medical officer in charge of the case at the hospital)*

1. Dr.....hereby certify  
(a) that the patient was admitted to hospital on the advice of.....

*(Name of Medical officer)*

- (b) that the patient has been under treatment at.....  
.....and that the under mentioned medicines  
prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of  
serious deterioration in condition of the patient

2. The medicines are not stocked in the.....  
for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which  
cheaper substances of equal therapeutic value are available and not prepara-  
tions which are primarily foods, toilets & disinfectants.

Sl No	Name of medicines	Price
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

- (c) that the injections administered were/were not for immunizing or prophylactic purpose
- (d) that the patient is/was suffering from.....  
and is/was under my treatment from.....to.....
- (e) that the X-Ray, Laboratory tests etc. for which on expenditure of Rs.....  
was incurred were necessary and were undertaken on my advice at.....

*(Name of the Hospital or laboratory)*



(II)

(f) That I referred the patient to Dr.....  
for specialist consultation and that the necessary approval of  
the..... as required under the rules was ob-  
tained.

(Name of the Chief Administrative Medical office of the state)

Signature and designation of the  
Medical officer In-charge of the  
Case at the hospital

**PART-'B'**

I certify that the patient has been under treatment at the  
..... hospital and that the services of the special nurses, for  
which an expenditure of Rs..... was incurred vide bills and receipts  
attached, were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the  
condition of the patient.

Signature & Designation of the Medical officer in  
charge of the case at the hospital

**COUNTERSIGNED**

.....Medical Superintendent  
.....Hospital

I certify that the patient has been under treatment at the  
.....  
hospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the  
patient's treatment.

Place.....  
Date.....

.....Medical Superintendent  
.....Hospital

परिशिष्ट-“ग”

(भाग-5-नियम-16 तथा 18 देखें)

सेवा में,

कार्यालयाध्यक्ष का नाम

.....  
.....

**विषय:-** चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति ।

**महोदय,**

मैं ----- मेरे पारिवारिक सदस्य का नाम-----ने  
----- (बीमारी का नाम) के लिए डा0 ----- से (दिनांक) -----  
से ----- तक 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 विधिवत हस्ताक्षरित एवं सत्यापित मूल नकद पर्ची, (कैश मेमो), बीजक (बिल) बाउचर।
- 3- यह प्रमाणित किया जाता है कि उपर नामित पारिवारिक सदस्य मुझ पर पूर्णतया आश्रित है और सामान्यतया मेरे साथ निवास करता है।

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

दिनांक:

अधिकारी/कर्मचारी का नाम  
पदनाम  
तैनाती का स्थान