



കേരള സർക്കാർ

നം.അക്കാണ്ടസ്.ആർ2/7/2021/പൊ.ഡ.വ

പൊതുഭരണ (അക്കാണ്ടസ്-ആർ) വകുപ്പ്
തിരവന്ത്രപുരം, തീയതി: 05/11/2021

സോട്ടീസ്

വിഷയം:- പൊതുഭരണ (അക്കാണ്ടസ്-ആർ) വകുപ്പ്-മെഡിക്കൽ
റീഹംബേഴ്സ്‌മെൻ്റ് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുന്നതിനുള്ള പുതക്കിയ
നിർദ്ദേശങ്ങൾ - സംബന്ധിച്ച്.

- സൂചന:-** 1) സർക്കലർ നം.63311/അക്ക.ഇ 1/96/പൊ.ഡ.വ തീയതി 19.08.1996.
2) സർക്കലർ നം. അക്ക.ആർ2/194/19/പൊ.ഡ.വ തീയതി. 21.11.2019
3) 12.06.2020 ലെ 34/2020/ധന നമ്പർ പരിപത്രം.

സൂചിത സർക്കലറുകളുടെ (പകർപ്പ് ഉള്ളടക്കം ചെയ്യുന്ന) അടിസ്ഥാനത്തിലും,
താഴെ പറയുന്ന നിർദ്ദേശങ്ങൾക്കുന്നുതമായും മെഡിക്കൽ റീഹംബേഴ്സ്‌മെൻ്റ്/
പലിശരഹിത ചികിത്സാവായു അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

- 1) www.gad.kerala.gov.in എന്ന website-ൽ സെക്രട്ടേറിയറ്റിന്റെ ചിത്രത്തിന് തൊട്ട്
താഴെ Scroll ചെയ്യുന്ന "പൊതുഭരണ വകുപ്പിലെ ജീവനക്കാർ മെഡിക്കൽ
റീഹംബേഴ്സ്‌മെൻ്റ് സമർപ്പിക്കുന്നത് സംബന്ധിച്ച നിർദ്ദേശങ്ങൾ" എന്ന ഭാഗത്ത്
click ചെയ്ത് അപേക്ഷയുടെയും നിർദ്ദേശങ്ങളുടെയും പ്രിൻ്റ് എടുക്കാവുന്നതാണ്.
- 2) സൂചന (3) പ്രകാരം അംഗീകൃത സ്വകാര്യ ആളുപത്രിയിൽ/വിഭാഗങ്ങളിൽ
അല്ലാതെ ചികിത്സ തേട്ടുന്ന കേസുകളിൽ റീഹംബേഴ്സ്‌മെൻ്റ് അനവാദിക്കാൻ
കഴിയില്ല.
- 3) ആഗ്രഹിത്തർക്കായുള്ള അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുന്നോൾ എസർഷ്യാലിറ്റി
സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ അപേക്ഷകൾ പേരിനോടൊപ്പം, രോഗിയുടെ പേരും,
രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധവും കൂടി നിർബന്ധമായും രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്.
- 4) അപേക്ഷകൾ മാതാവ്/പിതാവിന്റെ വേണ്ടിയുള്ള മെഡിക്കൽ
റീഹംബേഴ്സ്‌മെൻ്റ്/ പലിശരഹിത ചികിത്സാവായു അപേക്ഷയിൽ ഇതോടൊപ്പം
ചേർത്തിട്ടുള്ള സത്യവാദമുലം കൂടി മേലധികാരി countersign ചെയ്ത്
അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.


ഉ.പ.എ.ആർ
ജോയിൻ്റ് സെക്രട്ടറി

പൊതുഭരണ വകുപ്പിലെ എല്ലാ സെക്രട്ടറിയും. (ഈ-ഓഫീസ് മുഖ്യമായി)
പൊതുഭരണ (കമ്പ്യൂട്ടർ സെൽ) വകുപ്പിന് (GAD website-ൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിന്)

സത്യവാദമൂലം

പൊതുഭരണ വകുപ്പിലെ
വകുപ്പിൽ.....(തന്ത്രികയുടെ പേര്) ആയി സേവനമനുഷ്ഠിക്കുന്ന
.....(പേര്, PEN)
എന്ന തോൻ പൊതുഭരണ വകുപ്പ് സെക്രട്ടറി മുമ്പാകെ സമർപ്പിക്കുന്ന സത്യവാദമൂലം.

ഇതോടൊപ്പം ഉള്ളടക്കം ചെയ്തിട്ടുള്ളത് എൻ്റെ മാതാവിൻ്റെ/പിതാവിൻ്റെ
മെഡിക്കൽ റീഇംബേഴ്സ്മെന്റ് / പലിശർഹിത ചികിത്സാവായ്ക്ക് അപേക്ഷയാണ്. എൻ്റെ
മാതാവ്/പിതാവ് സർവ്വീസ് പെൻഷണറോ, സർവീസ് പെൻഷണറുടെ ജീവിത
പകാളിയോ, കൂടുംബപെൻഷന് അർഹതയുള്ളയാളോ അല്ല എന്നം, പുർണ്ണമായും എന്നെന്ന
മാത്രം ആഗ്രഹിച്ച് കഴിയുന്ന ആളാണെന്നം തോൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം :

(ഒപ്പ്) :

തീയതി :

പേര്, Pen No. :

Designation :

മേലധികാരിയുടെ ഒപ്പ് :

പേരും, നേരം :

Salary Head of Account:

FORM OF APPLICATION FOR CLAIMING REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES
OF GOVERNMENT SECRETARIAT EMPLOYEES AND THEIR FAMILIES

- 1 Name & Designation of Government servant (IN BLOCK LETTERS) with PEN :
- 2 Pay and Scale of pay :
- 3 Office in which employed :
Section and Phone number.
- 4 Place of Duty :
- 5 Residential Address :

- 6 (i) Name of patient and relationship of the Government Servant to the patient :
(ii) If the patient is spouse of the employee, state whether he/she is employed with details.
(iii) If employed, whether the Declaration of non-receipt of the claim in any form, is attached.
- 7 Place at which the patient fell ill :
Hospital Treatment
- 8 Whether hospitalised or not :
- 9 Name and place of Hospital (*Whether in Government Hospital or Private (notified) Hospital*) :
- 10 If hospitalised outside the State
(i) Whether the patient was on duty :
(ii) Name of Institution :
- 11 If on special treatment outside the state
(i) Name of Institution :
(ii) Whether certificate of Director of Health Services as contemplated on Rule 7(a) is attached.
(iii) Whether prior sanction of Director of Health Services has been obtained

12 Last date of treatment :

Charges

13. Details of amount claimed (*List of Medicines, Cash Memos and Essentiality Certificate should be attached*) :

(i) Treatment in Government Hospital :
Medicines.

(ii) Treatment in Private Institutions
(*Bills to be certified indicating emergency of the case*)

1. Charges for medicines :

2. Charges for Treatment :

3. Charges for Accommodation :

4. Charges for Lab, Service etc. :

5. Charges for Diet :

14. Total amount claimed :
(*in figures & words*)

15. List of enclosures:

1. Essentiality Certificate :

2. List of cash bills :

3. Certificate of Medical Officers :

DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT

I hereby declare that the statements given above are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenditure has been incurred is wholly dependant on me.

Place :

Date:

Signature of Government Servant

OP/IP No.....

FORM OF ESSENTIALITY CERTIFICATE

I certify that Shri./Smt
.....

Employed in the Administrative Secretariat as
has been under treatment at this hospital/dispensary for the period from(1st Bill date) to.....(last bill date) 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. They
do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal
therapeutic value are available, nor preparations which are primary foods, tonics,
toilet preparations or disinfectants.

It is certified that the case did not require hospitalization but is one of prolonged
nature requiring medical attendance at the out-patient department spreading over a
period of more than 10 days.

The patient was/has been suffering from
.....(name of disease)

Sl. No.	Trade/branch Name of medicines	Chemical/ Pharmacological Name of medicine	Description (Bill No.& date)	Price (Rs)
.....

Date

(Hospital Seal)

Name and designation of the
Authorised Medical Attendant:
Name of Institution

DECLARATION

I, employed in the
..... Department as
..... declare that I/ my
have/has been under treatment in the Hospital/
Dispensary and during the period of treatment from (*1st Bill date*) to
(*last bill date*) have received the benefit of treatment and not taken advantage of more than one
system simultaneously.

Place: Signature:

Date: Name, Designation & Dept:

Phone No. (Office):

(Mob):

CERTIFICATE

Certified that my (*relationship with the employee*)
Shri/Smt..... is solely dependant on me. He/She is neither an employee
nor a service pensioner (*claim, in case of dependants should be countersigned*).

Place: Signature of the Applicant:

Date:

Signature:

Name and Designation of
the countersigning Authority:

Salary Head of Account:

Billing Seat:

**FORM OF APPLICATION FOR INTEREST FREE MEDICAL ADVANCE TO
GOVERNMENT SECRETARIAT EMPLOYEES**

- 1 Name of Applicant (*with PEN*) :
- 2 Designation
- 3 Name of Institution/Office :
- 4 District and Station :
- 5 Date of Birth :
- 6 Date of First appointment/Date of entry in Service :
- 7 Date of Superannuation/retirement :
- 8 Pay and Scale of Pay :
- 9 Nature of appointment (Provisional/regular) :
- 10 Length of service as on the date of application :
- 11 Length of remaining service as on the date of :
application
- 12 Whether the applicant is a Gazetted Officer or Non- :
Gazetted Officer
- 13 The designation of the drawing officer/countersigning :
authority
- 14 The name of the Treasury from which the amount is :
proposed to be drawn
- 15 Name, Age, address and relationship with the patient :

- 16 Whether the patient is a Government Employee :
- 17 Whether the patient is a Service Pensioner :
- 18 Purpose for which IFMA is required :

- (i) Name of Hospital :
- (ii) Date of Surgery :
- (iii) Name of Surgery/treatment :

- 19 Amount to be deposited :
- 20 Approximate expenditure :

21 Amount of advance required(in figures & words) :

22 Whether advance for similar purpose was obtained :
previously and if so:-

- (i) The No. and date of the Government Order :
sanctioning it.
- (ii) Date of drawal of Advance :
- (iii) Whether the amount of advance has been utilized. :
Details of adjustment made
- (iv) Balance if any outstanding, if so reason for non-
utilization of full amount sanctioned. :

23 In dependant case whether the patient has any other :
children other than applicant

- (a) If yes, No. of children and their income profile may
be included (age, profession, annual income of each :

24 Specify whether they are working Private/ Government/ :
Abroad

25 The DDOs/HODs may countersign the bill and :
certificate obtained from the [arty whom Medical
Reimbursement claim is released or IFMA adjusted

Certified that the information given above is complete and true and that I will comply with the
rules laid down in the case of Interest Free Medical Advance from the time to time.

Signature of the applicant:

Name:

Designation:

ENQUIRY CERTIFICATE

1. Certified that the applicant has no other means to raise the amount for meeting the expenditure.
2. Certified that have made Enquiries about the purpose for which the advance is applied for and have been satisfied myself with the genuineness of the facts attached to with this application.
3. Certified that the applicant will continue in service till the complete repayment of the advance as per existing Rules/Orders.

Place:

Signature:

Date:

Name and Designation

പൊതുരണ (അക്കാദമി - ഇ) വകുപ്പ്
സർക്കുലർ

നമ്പർ 6311/അക്കാദമി - ഇ/ഒ/പാ. ഓ. വ. തീയതി, തിരുവനന്തപുരം, 1996 ആഗസ്റ്റ്, 19,

വിഷയം: സെക്രട്ടറിയേറ്റ് — എല്ലാബ്ലിഷ്മെന്റ് — മെഡിക്കൽ റീ ഇംപോഴ്സ്‌മെന്റ് അപേക്ഷ സംബന്ധിച്ച് നിർദ്ദേശങ്ങൾ പുറപ്പെടുവിക്കുന്നു.

സെക്രട്ടറിയേറ്റ് ജീവനക്കാരുടെ ചികിത്സാ ചെലവുകൾ റീ ഇംപോഴ്സ് പെയ്തു ലഭിക്കുന്നതിനായി ഈ വകുപ്പിൽ ലഭിക്കുന്ന കൂടുതൽ അപേക്ഷകളിലും പല തരത്തിലുള്ള നൃനതകൾ/അപാക്തകൾ ഉള്ളതായിക്കാണുന്നു. അപേക്ഷകളോടൊപ്പം ഹാജരാക്കുന്ന മുൻ അനുബന്ധങ്ങളുടെ ഒക്കെ ഗവ. സർവ്വേഴ്സ് മെഡിക്കൽ അസ്ഥിയൻസ് നിയമത്തിലെ വ്യവസ്ഥപകാരമല്ലാതെയും അപൂർണ്ണമായും കാണപ്പെടുന്നു. ഈ സംഹചരിത്തിൽ മെഡിക്കൽ റീ ഇംപോഴ്സ്‌മെന്റ് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുവോൾ താഴെ പറയുന്ന നിർദ്ദേശങ്ങൾ ജീവനക്കാർ പാലിച്ചിരിക്കുണ്ടാണെന്ന് അറിയിക്കുന്നു.

1. ഉദ്യാഗന്ധർ ഏതെങ്കിലും ഒരു പരിശോധനാസ്വഭാവത്തിൽ (അഡ്വോപ്പറി), ആയുർവൈദം, ഹോമിയോപ്പതി) അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കാനുള്ള ചുരുങ്ഗിയ കാലാവധി ഒരു മാസമായി നിജപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്. അതായൽ ഒരു മാസത്തിൽ ഒരു പരിശോധനാ സ്വന്നാ യന്ത്രിൽ മാത്രമേ അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുവാൻ പാടുള്ളൂ. നന്മിൽ കൂടുതൽ അംഗങ്ങളുടെ സഹിതം കി അപേക്ഷയോടൊപ്പം ചേർത്താൽ മതിയാക്കും.

G. Os. relating to Kerala Government Servants' Medical Attendance Rules. I

2. പികിൽസ് പ്രത്യേകം കാലാവധിയിൽ അവസാനിക്കുന്ന കേസുകളിൽ ഡോക്ടർ എല്ലാം എല്ലാം സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ പ്ലൈവെക്കുന്ന തീയതി മുതൽ മുന്നു മാസത്തിനും അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കണം.
3. പികിൽസ് അവിരാമം തുടരുന്ന കേസുകളായാൽ തന്നെയും അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കുന്ന കൂഷ്ഠ വാച്ചുകളുടെ ആദ്യത്തൊയും അവസാനത്തൊയും തീയതി എല്ലാം എല്ലാം സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ നിർബന്ധമായും രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതും കൂഷ്ഠ വാച്ചുകൾ തീയതി ക്രമത്തിൽ തന്ന അടക്കം ചെയ്യേണ്ടതും എല്ലാം സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ ചേർക്കേണ്ടതുമാണ്.
4. അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഓ.പി. ടിക്കറ്റിന്റെ ഫോട്ടോകോപ്പി കൂടി സമർപ്പിക്കേണ്ടതും ആവശ്യപ്പെടുന്ന പക്ഷം റിജിനർ ഹാജരാക്കേണ്ടതുമാണ്.
5. അപേക്ഷയിൽ രോഗത്തിന്റെ പേര് വ്യക്തമായി ചേർത്തിരിക്കണം.
6. റികൾ സമർപ്പിച്ച അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കിയിട്ടുള്ള കൂഷ്ഠ വാച്ചുകളുടെ അവസാന വാച്ചു തീയതികളുള്ള സ്ഥിപ്പുകൾ പിന്നീട് സമർപ്പിക്കാൻ പാടുള്ളതല്ല.
7. എല്ലാം സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ മരുന്നിന്റെ പേര് എഴുതുന്നതാണോപ്പം അതായും ബില്ലിന്റെ നമ്പറും, തീയതിയും ക്രമത്തിൽ രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്.
8. അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കുന്ന ബില്ലുകൾ അപേക്ഷിക്കുന്ന മാസത്തിന് തൊട്ടു മുൻപിലത്തെ മാസം വരെയുള്ളതു മാത്രമേ ആയിരിക്കുവാൻ പാടുള്ളു. അതായൽ അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുന്ന തീയതി ഉൾക്കൊള്ളുന്ന മാസത്തെ ബില്ലുകൾ സമർപ്പിക്കുവാൻ പാടുള്ളതല്ല.
9. എല്ലാം സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ, ബന്ധപ്പെട്ട ഡോക്ടർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന തീയതി നിർബന്ധമായും രേഖപ്പെടുത്തിയിരിക്കേണ്ടതാണ്.
10. അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കുന്ന കൂഷ്ഠ വാച്ചുകളുടെ പുറകുവശത്ത് അപേക്ഷകൾ പെയ്യെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നിർബന്ധമായും രേഖപ്പെടുത്തിയിരിക്കേണ്ടതാണ്.
11. എല്ലാം സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ ഒരു തൊത്തിലുള്ള തിരുത്തലും ഉണ്ടായിരിക്കുവാൻ പാടില്ല. ഏവിംകാൻ സാധ്യമല്ലാത്ത തൊത്തിലുള്ള തിരുത്ത് ഉണ്ടെങ്കിൽ ആയത് ബന്ധപ്പെട്ട സാക്ഷ്യപ്പെടുത്താനും ആയിരിക്കണം.
12. അപേക്ഷ അതിന്റെ ഉദ്ദേശനമായും മേലധികാരി മുഖ്യമായി സമർപ്പിക്കുവാൻ ശരിയാക്കേണ്ടതാണ്.
13. അപേക്ഷകനുമായി ബന്ധപ്പെടുവാൻ എറ്റവും അടുത്തുള്ള ഫോൺ നാമം അപേക്ഷയിൽ രേഖപ്പെടുത്തിയിരിക്കണം.

പി. ഷി. ഇന്തിരാബായി അമ്മ,
ഡെപ്പ്രൈസ് സെക്രട്ടറി.



കേരള സർക്കാർ

പൊതുഭരണ (അക്കാഡമിക്. ആർ) വകുപ്പ്

നം: അക്കാഡമിക്.ആർ2/194/2019/പൊ.ഒ.വ.

തീയതി, തിരുവനന്തപുരം, 21.11.2019

സർക്കലർ

വിഷയം: പൊതുഭരണ വകുപ്പിലെ ജീവനക്കാർ പൊതുഭരണ(അക്കാഡമിക്.ആർ) വകുപ്പിൽ

സമർപ്പിക്കുന്ന മെഡിക്കൽ റിംബേഴ്സ്മെന്റ് അപേക്ഷകൾ - സംബന്ധിച്ച്

പൊതുഭരണ വകുപ്പിലെ ജീവനക്കാർ പൊതുഭരണ (അക്കാഡമിക്.ആർ)

വകുപ്പിൽ സമർപ്പിക്കുന്ന മെഡിക്കൽ റിംബേഴ്സ്മെന്റ് അപേക്ഷകൾ Kerala Government Servant's Medical Attendance Rules 1960 പ്രകാരം, 19.08.1996-ലെ പൊതുഭരണ (അക്കാഡമിക്.ഇം) വകുപ്പിൽ 6331/അക്കാഡമിക്.ഇം 1/96/പൊ.ഒ.വ. സർക്കലറിലെ നിർദ്ദേശങ്ങൾക്കനുസരമായും സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. അനബന്ധമായി ചേർത്തിട്ടുള്ള പരിഷുരിച്ച് അപേക്ഷ, ഡിസ്ട്രിക്കേഷൻ, എസ്സീഎസ്യാലിറ്റി സർട്ടിഫിക്കറ്റ് എന്നിവ പ്രിസ്റ്റുക്സ് എടുത്ത് പൂർണ്ണമായും പൂരിപ്പിച്ച് റിഞ്ജനലും ഒരു സെറ്റ് ഫോട്ടോക്കോപ്പിയും ഉൾപ്പെടെ പൊതുഭരണ പ്രിസ്റ്റുക്സ് എടുത്ത് പൂർണ്ണമായും പൂരിപ്പിച്ച് റിഞ്ജനലും ഒരു സെറ്റ് ഫോട്ടോക്കോപ്പിയും ഉൾപ്പെടെ പൊതുഭരണ പരിഷുരിച്ച് അപേക്ഷ ഓഫീസ് സെക്രട്ടേറിയറ്റിൽ ശുഭവിക്കേണ്ടതാണ്. താഴെ പറയുന്ന വിവരങ്ങൾ തുടർന്ന് അപേക്ഷ തയ്യാറാക്കുന്നോൾ ശുഭവിക്കേണ്ടതാണ്.

1. സർവ്വീസ് പെൻഷണറായ മാതാപിതാക്കളുടെ ചികിത്സാ ചെലവ് പ്രതിപുരണം ചെയ്യാൻ കഴിയില്ല.
2. ആഗ്രഹിത്തർക്കായുള്ള അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുന്നതോടൊപ്പം കട്ടംബാധനത്തിൽ പേര് SPARK-ൽ ചേർക്കേണ്ടതാണ്.
3. സന്തം ആവശ്യത്തിനായി കണ്ണട വാങ്ങുന്നോൾ, അഞ്ചു വർഷത്തിൽ ഏകത്തേ അനബന്ധമായ കണ്ണട
4. 1,200/-ആറുപതിനായി അപേക്ഷയും, ഡിസ്ട്രിക്കേഷൻ എസ്സീഎസ്യാലിറ്റി സർട്ടിഫിക്കറ്റ് "paid by me" എന്നാളും എസ്സീഎസ്യാലിറ്റി പരിഷുരിച്ച് അപേക്ഷ മേലധികാരി മുവേദ എല്ലാ രേഖകളുടെയും ഫോട്ടോക്കോപ്പി ഉൾപ്പെടെ ഓഫീസ് സെക്രട്ടേറിയറ്റിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
5. അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിച്ചുള്ള ബില്കുൾ ഉൾക്കൊള്ളുന്ന തീയതിയിലെ ഓ.പി.ടിക്കറ്റ് സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
6. എല്ലാ ബില്കുൾക്കും പുരകിൽ "paid by me" എന്ന് അപേക്ഷകൾ എഴുതി ഒപ്പിംഗേണ്ടതാണ്.
7. ചികിത്സ നടത്തിയ ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പും, രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ ഉൾപ്പെടുന്ന സീലം, ആരുപതി സീലം എല്ലാ ബില്കുളുടെയും പുരകിലും, എസ്സീഎസ്യാലിറ്റി സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ എല്ലാ പേരുകളിലും പതിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
8. എസ്സീഎസ്യാലിറ്റി സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ രോഗത്തിൽ പേരും ഒപ്പിക്കുന്ന തീയതിയും ഡോക്ടർ നീത്യമായി രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്.

(മീശരനാമ് സിന്റി. I.A.S.)

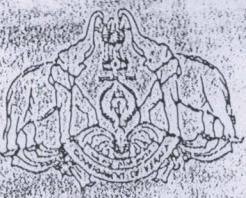
പൊതുഭരണ വകുപ്പ് പ്രിൻസിപ്പൽ സെക്രട്ടറി

പൊതുഭരണ വകുപ്പിലെ എല്ലാ സെക്രട്ടറികളിലേയും. (ഇ-ഓഫീസ് മുവേദ)

പൊതുഭരണ (കമ്പ്യൂട്ടർ സെൽ) വകുപ്പ് (GAD website-ൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്നതിന്)

ഉത്തരവിൽപ്പുകാരം

സെക്രട്ടറി ഓഫീസർ



GOVERNMENT OF KERALA

ധനകാര്യ (ലോൺസ്) വകുപ്പ്

പ്രതിപത്തി

തീയതി, തിരുവനന്തപുരം, 12/06/2020

നം. 34/2020/ധന

വിഷയം:- ആരോഗ്യ ക്ഷാമ്യമേഖല വകുപ്പ് പ്രവർക്കാലാനന്തി നൽകുന്ന കേസുകളിൽ
മെഡിക്കൽ റീ ഇംബുഷ്ട്മെറ്റ് അനുവദിച്ച് നൽകുന്നത് - സംബന്ധിച്ച്

സൂചന:- സർക്കാർ നം. 24623/ജി2/2012/ആ.ക.വ തീയതി 11.07.2012.

സർക്കാർ ഭീവനക്കാർക്ക് സർക്കാർ അംഗീകൃത സ്വകാര്യ ആളുപത്രിയിൽ ചികിത്സയ്ക്കു
വെച്ചു വരുമ്പോൾ ഒരു വകുപ്പ് പ്രതിപൂരണം ചെയ്യുന്നതു വരുത്താൻ എന്നാൽ
പുനഃ പ്രകാരം സർക്കാർ അംഗീകൃത സ്വകാര്യ ആളുപത്രിയിൽ അഭ്യുത്തേ ചികിത്സ തേടുന്ന
കേസുകളിൽ ആരോഗ്യ ക്ഷാമ്യമേഖല വകുപ്പ് പ്രവർക്കാലാനന്തി നൽകുന്ന കേസുകളിൽ
അഭ്യുത്തേ സാഹചര്യം കുറഞ്ഞില്ലെങ്കിൽ അയയ്ക്കുന്നത് പത്രിഗണിച്ച് വന്നിൽക്കും. എന്നാൽ
അഭ്യുത്തേ സർക്കാർവിന്റെ സാമ്പത്തിക, സ്ഥിതിയുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ കൈക്കൊണ്ട
ചികിത്സയുടെ അന്തര്സ്വരിച്ച് സർക്കാർ അംഗീകൃത സ്വകാര്യ ആളുപത്രിയിൽ അഭ്യുത്തേ ചികിത്സ
തേടുന്ന കേസുകളിൽ ചികിത്സാ തുക പ്രതിപൂരണം ചെയ്യുന്നതു പത്രിഗണാനാർഹമല്ല.

യൗ.വി
ധനകാര്യ അഭ്യുത്തേ സംഘടന

എല്ലാ വകുപ്പ് മേധാവികൾക്കു

എല്ലാവിസ്തരിൽ അക്കാദമിക്കൾ ഇന്റർ തിരുവനന്തപുരം

അംഗമണ്ഡലം ജനറൽ (പ്രൈഡ്) കേരള തിരുവനന്തപുരം

തെക്കുടൻഡിയിലെ ഹിന്ദി വകുപ്പുകൾക്കും സൗഖ്യനില്ലെന്നും

തൊശമവകുപ്പിലേക്ക്

അംഗങ്ങൾ ആരോഗ്യ ഓഫീസ്, എൻഡോക്യൂ

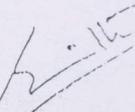
സെക്രട്ടറി, കേരള പബ്ലിക് സർട്ടിഫിക്കറ്റിംഗ് കമ്മീഷൻ

പ്രഫീസ്സാർ, ബുദ്ധ ഫേറേഡേഷൻ ട്രസ്റ്റ്, എൻഡോക്യൂ

പ്രഫീസ്സാർ, ദുർഘട്ടനാട്ടു ഓഫീസ് കേരള/എം.ജി/കേരളശാഖ/കാണ്ഡ

ഒസ്തന്തരി കേരള സ്റ്റേറ്റ് ഔദ്യോഗിക്കാരി ബോർഡ്, തിരവന്നന്തപുരം
മണ്ണഭാഗികൾ ധന്യരക്ഷാർ കേരള സ്റ്റേറ്റ് റോഡ് ട്രാൻസ്പോർട്ട് കോർപ്പറേഷൻ, തിരവന്നന്തപുരം
ബഹു ശാഖാന്വേട്ട സ്ഥാപിക്കിയാൽ
ശ്രീ. തട്ടൻ, നിയമസഭാ സ്റ്റുഡിന്റെ
ശ്രദ്ധാർത്ഥിവകുപ്പ് ധന്യരക്ഷാർ, തിരവന്നന്തപുരം
ധന്യരക്ഷാർ, ചെറി വകുപ്പ്, തിരവന്നന്തപുരം
മമ്പിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസ ധന്യരക്ഷാർ, തിരവന്നന്തപുരം
ഉൾപ്പെടെ മഹാരാജാം & പബ്ലിക് ദിലോഷൻസ് വകുപ്പ്, വൈബംഗാസ്ത്രിൽ (പ്രസിദ്ധിക്കാതിക്കണ്ണതിലേക്ക്)
മഹിളാ ജില്ലാ മമ്പിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്കും (ആര്യാദാഹാർക്കുപ്പ് ധന്യരക്ഷാർ മുഖ്യമന്ത്രി മോപ്പി/ ഓഫീസ് മോപ്പി)

ഇത്രാഖിവിൽ പ്രാഥമിക


സെക്രട്ടറി ഓഫീസ്