

वैद्यकीय देयक

रुग्णाचे नाव :-----

पत्ता :- -----

डॉक्टर :- -----

पत्ता :- -----

दिनांक :- / /२०

ऑफिस :- -----

दिनांक / /20

प्रती म -----

विषय: वैद्यकीय देयक मंजूरीसाठी सादर करणे बाबत

अर्जदार : श्री/ श्रीमती ----- पद -----विभाग,-----

जिल्हा परिषद, ----- जि. ----

उपरोक्त विषयानुसार विनंती की, माझे मुलाचे/मुलीचे/ पतीचे/ पत्नीचे/आई/
वडिलाचे वैद्यकीय उपचारावरील झालेल्या खर्चाचे दयेके मंजूरीसाठी सादर करित
आहे. कृपया स्वीकृत होणेस विनंती आहे
सोबत: पान क्र १ ते
सहपत्रे व देयक सोबत जोडलेली आहेत

आपला/आपली नम्र

()

प्रती,

कार्यालय ----- ता.-----

जिल्हा.

विषय :- श्री/सौ.-----

हुद्दा ----- यांचे वैद्यकीय देयक तपासले असता
खालीलप्रमाणे त्रुटी आढळून आलेल्या आहेत .

म. मुख्य कार्यकारी अधिकारी सो . जि.प यानी दि . / /२०
रोजी मंजूर केलेल्या सूचीप्रमाणे बिल तयार करून फेरसादर करावे. सोबत सूची
जोडण्यात यावी. तरी वरीलप्रमाणे त्रुटीची पूर्तता करून अहवाल त्वरित सदर करण्यात
यावा.

विभाग प्रमुख

मा.सादर.

जिल्हा आरोग्य अधिकारी जळगाव यांनी श्री -----
----- यांचा स्वतःचे ----- /पत्नी / कुटुंबातील सदस्याचा चे दि . / /
ते दि / / पर्यंत शासन मान्य / खाजगी रुग्णालयात प्रत्यक्ष दाखल असताना उपचार
घेतल्याचे तसेच औषधोपचार खर्चाची देयके शासन नियमानुसार बरोबर असल्याचे पृष्ठे क्र.
----- वर प्रमाणित केले आहे त्याचप्रमाणे -----

अ.क्र.	खर्चाचा तपशील	प्रत्यक्ष सादर देयकाची रक्कम	अनुदेय रक्कम	प्रतिपूर्ती करावयाची रक्कम रुपये
अ	रुग्णालयातील खर्च १) खाजगी २) शासकीय			
ब	आंतररुग्ण शुल्क आय.सी.यु.			
क	खरेदी केलेली औषधे (टानिक वगळून)			
			एकूण रक्कम	
			एकूण देय रक्कम रुपये	

उपरोक्त खर्च ----- या लेखाशिषाखाली सन २० - २० व मंजूर
अनुदानातून करण्यात हरकत नसावी.

सं.ले.अ .

वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्तीच्या प्रस्तावाची चेकलिस्ट

श्री/ श्रीमती -----

विभागाची नाव :----- विभाग, जिल्हा परिषद -----

कार्यालयाचे नाव : ----- विभाग, जिल्हा परिषद, -----

मागणी कार्यालयाचे नाव:- ----- विभाग, जिल्हा परिषद, -----

रुग्णाशी असलेले नाते वडील/आई/पत्नी/ मुलगा /मुलगी ----- वय :-----वर्ष :-----

रुग्णालयातील आंतररुग्ण कालावधी :- दिनांक / /20 ते / /20

रुग्णालयातील बाह्यरुग्ण कालावधी :

रुग्णालयातील नोंदणी क्रमांक :

रुग्ण क्रमांक :

कर्मचारी याची वेतन श्रेणी :- पे रु. - ग्रेड पे रु. /--

अ.क्र.	तपशिल	सोबत जोडलेले आहे /नाही	पान क्रमांक
१	वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्तीची तपसणी सूचनेप्रमाणे प्रस्ताव सादर केला आहे काय ?		
२	फॉर्म परीशिष्ट - १		
३	आई /वडील /पती/पत्नी /मुलगा/मुलगी सेवत असलेबाबत / नसले बाबतचा दाखला		
४	वैद्यकीय खर्चचे प्रमाणपत्र		
५	पगाराचा दाखला		
६	कर्मचारी सेवेत असल्याची प्रमाणपत्र		
७	हमीपत्र		
८	कौटूंबिक माहिती		
९	कुटुंब मर्यादित असल्याचे प्रमाणपत्र		
१०	अवलंबिता प्रमाणपत्र		
११	रजा घेतली असेल तर रजा मंजूरीची प्रत		
१२	वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्तीसाठी अग्रिम न घेतल्याचे प्रमाणपत्र किंवा अग्रिम घेतले असल्यास अग्रिम मंजूरीची प्रत		

अ.क्र.	तपशिल	सोबत जोडलेले आहे /नाही	पान क्रमांक
१३	सी कर्मचारी याने तिच्या आई/वडील / सासू/सासरे/ यापैकी एकाची निवड केल्यास तिने आई वडिलांच्या बाबतीत रु. ५००/- च्या स्टपवर प्रतिज्ञा पत्र करून द्यावे कि मला भाऊ नसल्याने आई वडिलांची पालन पोषणाची जबाबदारी माजी असलेबाबत लिहून देणे आवश्यक आहे आणि त्याची नोंद मूळ सेवा पुस्तकात घेण्यात यावी व अशी नोंद घेतल्याची स्वाक्षाकीत प्रत वैद्यकीय बिलासोबत सदर करण्यात यावी .		
१४	आई वडिलांच्या वैद्यकीय खर्चच्या प्रतिपूर्तीच्या प्रस्ताव असल्यास ते निवृत्तीधारक आहे किवा कसे (असल्यास मासिक निवृत्ती वेतनाची रक्कम)		
१५	पती/पत्नी नोकरी संदर्भात (वैद्यकीय बिलासंदर्भाचा दावा केला असल्यास संबंधित कार्यालयाचे ना हरकत प्रमाणपत्र) कार्यालयाचे नाव :		
१६	अपघात झाला असेल तर त्या बाबत कोर्टाकडे नुकसान भरपाई साठी दावा केला असल्यास देयक सादर करू नये . जर दावा दाखल केला असेल तर त्याबाबतचा दाखला किवा जर दावा दाखल केला नसेल तर तसे प्रतिज्ञा पत्र. नुकसान भरपाई मिळाली आहे काय ?		
१७	अपघाताच्या अनुषंगाने गुन्हा नोंदविला आहे किवा कसे. त्याबाबत पत्र तसेच त्या अनुषंगा प्रकरणाची न्यायालयीन सद्यस्थिती , गुन्हा क्रमांक / पोलीस स्टेशनचे नाव		
१८	वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्तीचा दावा विहित कालावधीत केला किवा कसे याबाबत संबंधित कार्यालयाचे प्रमाणपत्र कर्मचारी याने स्वतःचे कार्यालयात दावा दाखल केल्याचा दिनांक : मुख्यालयात सादर केल्याचा पत्र क्र. दिनांक		
१९	(कुटुंबकल्याण) शस्त्रक्रिया प्रमाणपत्र		
२०	यापूर्वी संबधीताने किवा वैद्यकीय बिलाचा लाभ घेतला आहे .		
२१	शासकीय दवाखान्यात ऐवजी खाजगी दवाखान्यात उपचार केल्याबाबत संबधीताचा संमपर्क खुलासा		
२२	फॉर्म ए		
२३	फॉर्म बी		

अ.क्र.	तपशिल	सोबत जोडलेले आहे / नाही	पान क्रमांक
२४	फॉर्म सी		
२५	फॉर्म डी		
२६	इमर्जन्सी प्रमाणपत्र		
२७	संबंधित उपचार करण्याच्या डॉक्टरांनी दिलेल्या औषधात टांनिक व अल्कोहोल नसल्याचे प्रमाणपत्र		
२८	रुग्णालयातील वास्तव्याचा दाखला		
२९	फॉर्म परीशिष्ट - ६ केवळ मधुमेह झालेल्या रुग्णावर उपचार केले असताना द्यावयाचे प्रमाणपत्र		
३०	संबंधित खाजगी डॉक्टर प्रिंटेड नंबरचे बिल	सोबत जोडलेले आहे / नाही	पान क्र
३१	रुग्ण ऑडीमिट असले प्रस्त्वातील देयके हे आंतर रुग्ण कार्यालयातीलच आहे काय असे प्रमाणपत्र		
३२	संबंधित खाजगी डॉक्टराणे बिल मिळाल्याचे स्टंप तिकीट		
३३	मृत्यू झालेला असल्यास मृत्यूचे प्रमाणपत्र		
३४	पैथोलोजी रिपोर्टच्या पावत्या		
३५	सोनोग्राफी , एम आर आय , ई सी जि पट्ट्या एक्ससरे , अन्जिओग्रफी , रिपोर्ट अन्जिओप्लस्ति रिपोर्ट इ . प्रकारच्या काही तपसणी केलेल्या असल्यास त्याचे बिले व पावत्या तसेच रिपोर्ट सादर केले आहे काय ?		
३६	मेडिकल दुकानामधून खेडी केलेल्या औषधाच्या पावत्या		
३७	पैथोलोजी रिपोर्टच्या पावत्या		
३८	संबंधित खाजगी डॉक्टर किंवा सरकारी दावान्यातील वैद्यकीय अधिकारी यांनी लिहून दिलेल्या औषधीच्या पावत्या कॅटेगरी नाम्बेर्सह सादर करावे .		
३९	रुग्णास एका दवाखान्यातून दुसऱ्या दवाखान्यात आकस्मित प्रसंगी ट्रान्सफर केले असल्यास तसे रेफर सेट्रीफिकीत		
४०	आंतररुग्ण सेट्रीफिकीट /डिस्चार्ज सेट्रीफिकीट कार्ड		
४१	मेडिकल स्टोर्स मधून खरेदी केलेल्या औषधाच्या पावत्या व प्रीस्केस्केन पावती निहाय सादर केलेले आहेत काय ?		

४२	प्रसूती बिलाकरिता शाशकीय दवाखान्याचे ए.एन.सी. कार्ड				
४३	सर्व प्रकारच्या पावत्याच्या (प्रमानाकाचा) पाठीमागे संबंधित डॉक्टरचे सही व शिक्के आहेत काय ?		--		
४४	सर्व प्रकारच्या पावत्याच्या (प्रमानाकाचा) पाठीमागे संबंधित सही केल्या आहेत काय ?				
४५	रुग्णास प्रा.आ.केंद्र. / ग्रामीण रुग्णालय / न.पा.दवाखाना इ. मधून पुढील उपचारासाठी खाजगी दवाखान्यात रेफर करावे लागले म्हणून वैद्यकीय अधिकारी / वैद्यकीय अधीक्षक यांचे रेफर सेट्रीफिकीत जोडलेले आहे काय ?				
४६	रुग्णालयात रुग्ण अंतर रुग्ण दाखल झाला त्याचे नाव ते रुग्णालय खाजगी / शासन मान्यताप्राप्त / शासकिय आहे काय ?				
४७	रुग्णाचा आजार व सदर आजार शासनाचा विनिर्दिष्ट आकस्मित आजाराचा यादीतील क्रमांक व त्याबाबतचे जिल्हा शल्यचिकित्सक / जिल्हा आरोग्य अधिकारी यांचे प्रमाणपत्र क्रमांक दिनांक				
४८	आकस्मिकता होती कविं कसे याबाबतचे उपचार करणाऱ्या खाजगी डॉक्टरचे प्रमाणपत्र (शासकीय रुग्णालय / महानगर पालिका दवाखाना/ प्रा.आं.केंद्राचे प्राधीकृत वैद्यकीय अधिकारी प्रमाणपत्र)	सोबत जोडलेले आहे /नाही	पान क्र		
४९	औषधउपचार झालेल्या खचाची अपेक्षित प्रतिपूर्ती				
४९	आई वडिलाच्या वैद्यकीय खर्चच्या प्रतिपूर्तीच्या प्रस्ताव असल्यास ते निवृत्तीधारक आहे किवा कसे (असल्यास मासिक निवृत्ती वेतनाची रक्कम)				
५०	औषधउपचार झालेल्या खचाची अपेक्षित प्रतिपूर्ती	शा नि प्रमाणे	आहे		
५०	वास्तव्या करिता झालेल्या खर्चची परिगणना				
	क्र	वास्तव्या चा प्रकार	प्रतिपूर्ती	प्रत्यक्ष खर्च	देयक रक्कम
	1	जनरल वार्ड ९५ टक्के रक्कम	95%		
	2	जनरल वॉर्डच्या (सार्व सामान्य कक्षच्या बाजूस बाथरूम नसलेला कक्ष)	90%		
	3	बाथरूम सह स्वतंत्र कक्ष	७५%		
	4	बाथरूम सह डबल बेड कक्ष	७५%		
	5	बाथरूम सह वातानुकुलीत कक्ष	७५%		
	6	अतिदक्षता कक्ष (I.C.U.)	१०० %		
क्र ५ चे वास्तव्य हे केवळ विमान प्रवासा साठी पात्र आहेत त्यांनाच देय आहे एकूण					

51	परिगणना नंतर औषधोपचार व वास्तव्या करिता झालेला एकूण खर्च (रु)		
1	औषधोपचारा साठी झालेला खर्च	रुपये - /	
2	ना- देय रक्कम	रुपये - /	
3	औषधोपचारा साठी प्रत्यक्ष खर्च	रुपये - /	
4	वरील क्र३ पैकी (९०,१०० टक्के) प्रतिपूर्ती	रुपये - /	
5	वरील बाब क्र ५० नुसार वास्तव्य खर्च देय प्रतीपूर्ती	रुपये - /	
6	एकूण प्रतिपूर्ती साठी अनुज्ञेय रक्कम (वरील ४+५)	रुपये - /	
	अक्षरी रुपये -		
2	विशेष बाब म्हणून प्रस्तावित केलेल्या मुद्द्यावरून सर्व नियमाची व कागदपत्राची पूर्तता केले असल्याबाबत प्रशासकीय विभागाची खात्री झाली आहे काय	प्रस्तुत देयके व सहपत्रे यांची पडताळणी केली असे	
53	अभिप्राय (कार्यालय प्रमुख) :-	मंजूर करण्यास हरकत नाही	
54	सर्व दाखले वरती कार्यालय प्रमुखाची स्वाक्षरी व कार्यालय शिक्का	होय	
55	रुपये १०० च्या मुद्रावर्ती प्रतिज्ञापत्र म कार्मार्चारी दंडाधिकारी यांचे समक्ष व स्वाक्षरीने सदर करावी	आहे	

नियंत्रण अधिकारी

कार्यालयीन अधीक्षक कक्ष अधिकारी अति जिल्हा आरोग्य अधिकारी लेखाधिकारी (अर्थ विभाग)

समितीचा अभिप्राय

--	--

संबंधित विभागाचे विभाग प्रमुख

उप मुख्य कार्यकारी
अधिकारी (साप्रीव)

जिल्हा आरोग्य अधिकारी

मुख्य लेख व वित्त अधिकारी

मुख्य कार्यकारी अधिकारी
जिल्हा परिषद

“परिशिष्ट एक ”

कर्मचारी आणि त्यांचे कुटुंबीय यांची वैद्यकिय देखभाल आणि किंवा उपचार यांच्या संबंधात करण्यात आलेल्या वैद्यकिय खर्चाच्या परताव्याची मागणी करण्याकरिता करावयाच्या अर्जाचा नमुना.

टीप :- प्रत्येक रुग्णाकरिता स्वतंत्र नमुना वापरावा.

1	कर्मचा-यांचे नाव पदनाम (ठळक अक्षरात)	श्री/श्रीमती
2	कर्मचारी ज्या कार्यालयात नौकरीला आहे त्या कार्यालयाचे नाव	
3	वित्तीय नियमामध्ये व्याख्या केल्याप्रमाणे कर्मचा-यांचे वेतन आणि इतर वित्तलब्धी स्वतंत्रपणे दर्शविण्यात याव्यात	पगाराचा दाखला स्वतंत्र जोडला आहे.
4	कामाचे ठिकाण	
5	प्रत्यक्ष निवासस्थानाचा पत्ता	
6	रुग्णाचे नाव आणि कर्मचा-यांशी त्यांचे/तिचे नाते	
7	ज्या ठिकाणी रुग्ण आजारी झाला असेल ते ठिकाण	
8	आजाराचे स्वरूप व कालावधी	दि / /20 ते / /20
9	मागणी केलेल्या रकमेचा तपशिल	रुपये — /---
10	वैद्यकिय देखभाल रोख लक्षणासाठी सल्ला देण्याची फी दयावी.	
	अ) ज्या वैद्यकिय अधिका-याचा सल्ला घेतला असेल त्याचे नाव व पदनाम आणि ज्या रुग्णालयाची किंवा दवाखान्याशी तो संबंधित असलेल्या रुग्णालयाचे किंवा दवाखान्याचे नाव	वैद्यकीय अधिकारी
	ब) किती वेळा सल्ला घेण्यात आला ती संख्या आणि त्याच्या तारखा आणि प्रत्येक सल्ल्यासाठी दिलेली फी	
	क) रुग्णालयाचे वैद्यकिय अधिका-यांचे रोग चिकित्सा कक्षात (कन्सल्टिंग रुम) सल्ला घेण्यात आला की रुग्णाच्या निवासस्थानी सल्ला घेण्यात आला ते नमुद करावे.	हॉस्पिटलमध्ये
2	रोगनिदान करताना करण्यात आलेल्या विकृती चिकित्सा विषयक , अनुजिवशास्त्र व क्ष किरण शास्त्रीय किंवा इतर तत्सम चाचण्यासाठी आकारण्यात आलेली फी त्यामध्ये पुढील गोष्टी नमुद कराव्या.	--
	अ) ज्या रुग्णालयात किंवा प्रयोगशाळेत चाचण्या घेण्यात आल्या होत्या त्या रुग्णालयाचे किंवा प्रयोगशाळेचे नाव	
	ब) प्राधिकृत वैद्यकिय देखभाल अधिका-यांचे सल्ल्याने चाचणी घेण्यात आली होती किंवा कसे घेण्यात आली असेल तर तशा अर्जाचे प्रमाणपत्र सोबत जोडावे	जोडलेले आहे.
3	बाजारातून खरेदी केलेल्या (औषधाची सुची व रोखीच्या पावत्या जोडण्यात याव्यात विशेष ज्ञानाचा सल्ला घेणे, विशेष ज्ञान किंवा प्राधिकृत वैद्यकिय देखभाल अधिका-याव्यतिरिक्त एखाद्या अन्य वैद्यकिय अधिका-याला देण्यात आलेली फी त्यामध्ये पुढील गोष्टी दर्शविण्यात याव्यात.)	जोडलेले आहे.
	अ) ज्याचा सल्ला घेण्यात आला असेल तर विशेषज्ञाचे	डॉ.

	किंवा वैद्यकिय अधिका-याचे नाव व पदनाम आणी तो ज्या रुग्णालयाची किंवा दवाखान्याशी तो संलग्न असलेल्या रुग्णालयाचे किंवा दवाखान्याचे नाव	/---
	ब) किती वेळा सल्ला घेण्यात आला ती संख्या आणि त्याच्या तारखा आणि प्रत्येक सल्ल्यासाठी दिलेली फी	गंभीर / /२० ते / /२० एकुण दिवस
	क) रुग्णालयाचे वैद्यकिय अधिका-यांचे रोग चिकित्सा कक्षात (कन्सल्टींग रुम) सल्ला घेण्यात आला की रुग्णाच्या निवासस्थानी सल्ला घेण्यात आला किंवा कसे..	हॉस्पिटलमध्ये
	ड) या प्रातांच्या मुख्य प्रशासकीय वै.अ. पुर्वमान्यतेने व सल्ल्याने चि शेषज्ञानाचा किंवा वै.अ. चा सल्ला घेण्यात आला असेल तर तशा अर्थाचे प्रमाणपत्र जोडण्यात यावे.	जोडलेले आहे.
4	मागणी केलेली एकुण रक्कम	रुपये
5	सहपत्राची यादी	जोडलेली आहे.
6	कुटूंबातील व्यक्तीची संख्या म्हणजेच १५ ऑगस्ट १९६८ रोजी आणि त्यानंतर जिवंत असलेली मुले	

कर्मचार्याने सही करून द्यावयाचे प्रतीज्ञापत्र

मी याद्वारे जाहीर करितो की, या अर्जामध्ये केलेली निवेदने माझ्या संपूर्ण माहितीप्रमाणे व विश्वासाप्रमाणे खरे असून ज्या व्यक्तीवर वैद्यकीय खर्च करण्यात आला ती व्यक्ती पूर्णपणे माझ्या वर अवलंबून आहे

ठिकाण :-

दिनांक :- / /201

(सही)

नाव: -----

कार्यालय पत्ता -----

कुटुंबातील सदस्य शासकीय/ निमशासकीय नोकरीस नसलेबाबतचा दाखला

दाखला लिहून देतो की मी ----- पद -----

विभाग----- जिल्हा परिषद, ----- जि. ----- माझे मुलाचे /मुलीचे/पतीचे

/पत्नीचे /आई/ वडिलाचे आतररुग्ण वैद्यकीय खर्चाचे देयक मंजूरीसाठी सदर केलेले आहे.

माझे मुलगा/ मुलगी/ पत्नी/पती/ आई/ वडील हे शासकीय/ निमशासकीय सेवेत नाहीत ते

सर्वस्वि माझेवरच अवलंबून आहेत.

सदरचा दाखला माझ्या मुलाचे/मुलीचे/पतीचे/पत्नीचे /आई/ वडिलाचे वैद्यकीय बिल

मंजूरकामी लिहून दिला असे.

आपला विश्वासू

ठिकाण :-

दिनांक :- / /201

(सही)

नाव: -----

कार्यालय पत्ता -----

खर्चाचे प्रमाणपत्र

मी श्री / श्रीमती -----, पद -----

विभाग,----- जिल्हा परिषद,----- जि.----- माझे मुलाचे

/मुलीचे/पतीचे/पत्नीचे/आई/ वडिलाचे आजारपणाच्या उपचारावरील खर्चासाठी केलेला आहे. हे

माझ्यावर अवलंबून असून त्यांच्या आजारपणासाठी चा औषधोपचाराचा खर्च मी स्वतः केला आहे,

आपला/आपली नम्र

ठिकाण :-

दिनांक :- / /201

नाव: -----

कार्यालय पत्ता -----

एकवेळ अवश्य भेट द्या  <https://gramvikaseseva.com/medical-bill-soft/>

पगाराचा दाखला

सदरचा दाखला देण्यात येतो की श्री/ श्रीमती ----- पद-----
-----विभाग,----- जिल्हा परिषद,----- जि.-----, यांचे माहे -----
चे वेतन खालील प्रमाणे आहे

पगाराचे विवरण		कपात	
मूळवेतन		भविष्य निर्वाह भत्ता	
ग्रेड पे		भविष्य निर्वाह भत्ता परतफेड	
महागाई भत्ता		व्यवसाय कर	
घरभाडे भत्ता		घरबाधणी अग्रिम परतफेड	
वाहतूक भत्ता		विमा	
भत्ता		जि आय एस	
इतर भत्ते		जि एस एल आय एस	
		व्यवसाय कर	
		सहकारी पतसंस्था	
		आरडी/	
		आय कर	
		सण अग्रिम	
एकूण जमा		एकूण कपात	

एकूण निव्वळ देय रक्कम रुपये /-- इतकी आहे.

१) निव्वळ देय रक्कम हि एकूण पगाराच्या १/३ पेक्षा कमी आहे/ नाही.

सबब हा दाखला त्याचे ----- कारणासत्व देण्यात येत आहे

एकवेळ अवश्य भेट द्या  <https://gramvikaseseva.com/medical-bill-soft/>

ठिकाण :-

दिनांक :- / /201

कार्यालय प्रमुख

सेवेचा दाखला

सदर दाखला लिहून देतो की, श्री/ श्रीमती ----- पद
-----विभाग,----- जिल्हा परिषद,----- जि.-----,
यांची या जि. प. सेवेत एकुण सेवा -----वर्ष ----- महिने ----- दिवस झालेली असून
त्याची सेवा स्थायी स्वरूपात ----- वर्ष अखंडीत झालेली आहे.

श्री/श्रीमती ----- यांना सदर दाखला त्यांचे मुलाचे /मुलीचे/पतीचे/ पत्नीचे /आई /
वडिलाचे वैद्यकीय बील मंजूरीकामी दिला असे.

ठिकाण :-

दिनांक :- / /201

कार्यालय प्रमुख

हमी पत्र

मी ----- पद -----विभाग ,-----
जिल्हा परिषद ----- जि.----- सदर दाखला लिहून देतो की, सदर देयकात
दर्शविण्यात आलेला खर्च मी माझे मुलाचे /मुलीचे/पतीचे/ पत्नीचे /आई/ वडिलाचे
आजारपणाच्या उपचारावरील खर्चासाठी केलेला आहे. लेख परीक्षणात सदर
देयकात काही शक निर्माण झाल्यास देयकाची रक्कम मी एक रकमी भरून
देण्यास या पत्र द्वारे हमी पत्र लिहून देत आहे.

आपला/आपली नम्र

ठिकाण :-

दिनांक :- / /201

कर्मचारी सही-----

नाव: -----

एकवेळ अवश्य भेट द्या  <https://gramvikaseseva.com/medical-bill-soft/>

कार्यालय पत्ता -----

कुटुंबाचा दाखला

मी ----- पद ----- विभाग, ----- जिल्हा
परिषद, ----- जि. ----- लिहून देतो की माझे कुटुंब खालील प्रमाणे आहे. हे सर्व कुटुंब
माझ्यावरच अवलंबून आहे.

अं.क्र.	नाव	वय	नाते	कामाचा तपशिल
१				
२				
३				
४				
५				
६				
७				
८				

प्रमाणित करतो की, अ क्र १ ते ----- ची माहिती हि माझ्या माहितीप्रमाणे खरी आहे. यात
जर काही खोटी माहिती आढळ्यास माझ्यावर शासकीय नियमाच्या आधारे कारवाई करणेस मी
पात्र असेन व त्याची सर्वस्वी जबाबदारी माझी असेल.

तसेच प्रमाणीत करण्यात येते की, माझे कुटुंब मर्यादित असून सर्व कुटुंबातील सदस्य संपूर्णपणे
माझेवर अवलंबून आहे.

आपला/आपली नम्र

ठिकाण :-

दिनांक :- / /201

कर्मचारी सही -----

नाव: -----

कार्यालय पत्ता -----

निर्बिर्जीकरण शस्त्रक्रिया झाल्याचे प्रमाणपत्र

मी ----- पद ----- विभाग ----- जिल्हा परिषद -----
----- जि ----- लिहून देतो / देते की, माझे कुटुंब निर्बिर्जीकरण शस्त्रक्रिया झालेले आहे/
नाही.

श्री/श्रीमती ----- यांना ----- हयात अपत्य असून कुटुंब
मर्यादित आहे.

कर्मचा-यास देण्यात येणा-या वैद्यकीय खर्च प्रतिपुर्ती सवलत संबंधातील
नियमानुसार अनुज्ञेय असलेल्या सवलती मिळण्यास पात्र आहेत.

सदर दाखला माझ्या मुलाचे/मुलीचे/पतीचे/पत्नीचे /आई/ वडिलाचे वैद्यकीय
बील मंजूरीकामी दिला असे.

आपला/आपली नम्र

ठिकाण :-

दिनांक :- / /201 कर्मचारी सही -----
नाव: -----
कार्यालय पत्ता -----

अवलंबितता दाखला

श्री/श्रीमती ----- पद ----- विभाग, -----
जिल्हा परिषद, ----- जि. -----, लिहून देतो की, माझे आई, वडील पत्नी, मुलगा
मुलगी, सासू, सासरे हे सर्व कुटुंब माझेवर अवलंबून आहेत.

श्री/श्रीमती/सौ/कुमार/कुमारी ----- हे कोणत्याही शासकीय/
निमशाकीय सेवेत कार्यरत नाहीत. त्यांच्या पालन पोषणाची जबाबदारी माझेवर असून ते
संपूर्णतः माझ्यावर अवलंबून आहेत. सदर दाखला माझ्या ----- वैद्यकीय बील मंजूरीकामी
दिला असे.

आपला/आपली नम्र

ठिकाण :-

दिनांक :- / /201 कर्मचारी सही -----
नाव: -----

एकवेळ अवश्य भेट द्या  <https://gramvikaseseva.com/medical-bill-soft/>

रजेबाबतचा दाखला

सदर दाखला देण्यात येतो की, श्री/ श्रीमती -----
पद -----विभाग,-----जिल्हा परिषद,----- जि.-----
यांनी दिनांक / /२० ते / /२० अखेर वैद्यकीय उपचार घेतलेला आहे.

श्री/श्रीमती ----- हे/हया दि / / ते दि / / अखेर ----- दिवसाची परावर्तीत/ अर्धपगारी/ बिनपगारी रजा मंजूर करण्यात येत आहे.

ठिकाण :-

दिनांक :- / /201

कार्यालय प्रमुख

अग्रिम न घेतल्याचा दाखला

सदर दाखला देतो की मी श्री/ श्रीमती ----- पद ---
-----विभाग,-----जिल्हा परिषद , -----जि.----- यांच्या मुलाचे वैद्यकीय खर्चाच्या बीलांचा खर्च भागविण्यासाठी या कार्यालयाकडून कोणतेही अग्रिम मंजूर करण्यात आलेले नाही.

श्री/श्रीमती----- यांना सदर दाखला त्यांचे स्वतः/पत्नीचे/
मुलाचे/मुलीचे/ पतीचे/पत्नीचे /आई/ वडिलाचे वैद्यकीय बील मंजुरीकामी दिला असे.

स्थळ:

दिनांक:

कार्यालय प्रमुख

वडील/आई सेवा निवृत्त धारक नसले बाबतचा दाखला

दाखला लिहून देतो की , मी ----- पद -----

विभाग,----- जिल्हा परिषद, ----- जि.----- माझे आई/

वडिलाचे वैद्यकीय खर्चाचे बील तयार करुन मंजुरीसाठी सादर केलेले माझे आई /

वडील हे कोठेही शासकीय, निमशासकीय सेवेत नाहीत अगर सेवानिवृत्त / कुटुंब
सेवानिवृत्त धारक नाहीत तसेच माझे ते सर्वस्वी माझ्यावरच अवलंबून आहेत.

सदरचा दाखला माझ्या आई/ वडीलांचे वैद्यकीय बील मंजुरीकामी लिहून दिला असे.

आपला/आपली नम्र

ठिकाण :-

दिनांक :- / /201

कर्मचारी सही -----

नाव:-----

कार्यालय पत्ता -----

दाखला

सदर दाखला देण्यात येतो की, श्री /श्रीमती -----

-- पद ----- विभाग,----- जिल्हा परिषद, ----- जि.--

----- स्वतः/पत्नीचे/मुलाचे/मुलीचे/ आई/ वडिलाचे आजारपणाचे उपचारावरील
खर्चाचे देयक तयार करुन सादर केलेले आहे.

श्री/श्रीमती ----- यांचे पती /पत्नी ह्या कार्यालयात -----
शासकीय/ निमशासकीय आहे /नाही.

स्थळ:

दिनांक:

कार्यालय प्रमुख

दाखला

मी सत्यप्रतीज्ञेवर लिहून देतो की श्री/ श्रीमती -----
पद -----विभाग,----- जिल्हा परिषद,----- जि.-----
स्वतः/पत्नीचे/मुलाचे/मुलीचे/ आई/ वडिलाचे आजारपणाचे उपचारावरील खर्चाचे
देयक तयार करून सादर केलेले आहे.
माझे पती /पत्नी ह्या कार्यालयात ----- शासकीय/
निमशासकीय आहे, मात्र त्यांनी त्यांचे कार्यालास स्वतः/पत्नीचे/मुलाचे/मुलीचे/
आई/ वडिलाचे आजारपणाचे उपचारावरील खर्चाचे देयक त्यांचे कार्यालास सादर
केलेले नाही.

आपला/आपली नम्र

ठिकाण :-

दिनांक :- / /20

कर्मचारी सही-----

नाव: -----

कार्यालय पत्ता -----

देयक विहित मुदतीत सादर केल्या बाबत चा दाखला

सदर दाखला देण्यात येतो की, श्री/ श्रीमती -----
पद -----विभाग,----- जिल्हा परिषद,----- जि.-----
,स्वतः/पत्नीचे /मुलाचे/मुलीचे/ आई/ वडिलाचे आजारपणाचे उपचारावरील वैद्यकीय उपचार
दिनांक / / ते दिनांक / / या कालाबाधित करण्यात आलेले आहे त्यांनी
सदर वैद्यकीय खर्चाचे देयक दिनांक / / रोजी विहित मुदतीत या कार्यालयात सादर
केलेले आहे.

श्री/श्रीमती----- यांना सदर दाखला त्यांचे स्वतः/पत्नीचे/ मुलाचे /मुलीचे/
आई / वडिलाचे वैद्यकीय बील मंजुरीकामी दिला असे.

ठिकाण:

एकवेळ अवश्य भेट द्या  <https://gramvikaseseva.com/medical-bill-soft/>

दिनांक :

कार्यालय प्रमुख

कुटुंब कल्याण शस्त्रक्रिया

मी श्री/श्रीमती ----- पद -----विभाग,-----

जिल्हा परिषद,----- जि.-----, लिहून देते की, माझे कुटुंब निबिर्जीकरण

शस्त्रक्रिया झालेले आहे. / नाही. श्री/श्रीमती----- यांना -----हयात
अपत्य असून कुटुंब मर्यादित आहे.

कर्मचा-यास देण्यात येणा-या वैद्यकीय खर्च प्रतिपुर्ती सवलत संबंधातील
नियमानुसार अनुज्ञेय असलेल्या सवलती मिळण्यास ते पात्र आहेत.

सदर दाखला माझ्या मुलाचे/मुलीचे/पतीचे/पत्नीचे /आई/ वडिलाचे वैद्यकीय
बील मंजूरीकामी दिला असे.

आपला/आपली नम्र

ठिकाण :-

दिनांक :- / /201

कर्मचारी सही -----

नाव: -----

कार्यालय पत्ता -----

दाखला

सदर दाखला देण्यात येतो की, श्री / श्रीमती ----- पद -
----- विभाग,----- जिल्हा परिषद,----- जि.-----,

स्वतः/पत्नीचे/मुलाचे/मुलीचे/ आई/ वडिलाचे आजारपणाचे उपचारावरील खर्चाचे बील
तयार करून सादर केलेले आहे.

श्री /श्रीमती ----- यांना सन २० - २० या वर्षात त्यांना वैद्यकीय बील अदा
करणेत आलेले नाही. तसेच त्यापुर्वी स्वतः/पत्नीचे/मुलाचे/मुलीचे/ आई/ वडिलाचे वैद्यकीय
बील मंजूरीकामी दिला असे.

ठिकाण

दिनांक

कार्यालय प्रमुख

खाजगी रुग्णालयात उपचार घेतल्याचा खुलासा

मी श्री/ श्रीमती ----- पद -----
विभाग,----- जिल्हा परिषद,----- जि.-----, लिहून देतो की, माझे
पती,पत्नी, आई/वडील /मुलाचे /मुलीचे श्री/श्रीमती/सौ/कु-----
----- हे दिनांक / / ते दि / / पर्यंत -----
----- या खाजगी दवाखान्यात उपचार घेतलेला असून -----
----- ची तब्येत अचानक खराब
झाल्यामुळे रुग्ण /अत्यावस्थ बेशुद्ध/रक्तश्राव झाल्यामुळे अति गंभीर झाल्यामुळे
जीवितास धोका निर्माण झाल्यामुळे तसेच शासन निर्णय क्र एमजिए/२००५/९/आरोग्य/३
दि १९/३/२००५ च्या आकस्मित व गंभीर आजाराच्या यादीत अति तातडीच्या आत
मोडतो, त्यासत्व औषधी उपचार हा खाजगी रुग्णालयात घेण्यात आलेला आहे.

सदरचा दाखला माझे आई/वडील/मुलाचे/मुलीचे वैद्यकीय बील मंजुरीकामी लिहून
दिला असे.

आपला/आपली नम्र

ठिकाण :-

दिनांक :- / /201 कर्मचारी सही -----

नाव: -----

कार्यालय पत्ता: -----

कार्यालय प्रमुख शिफारस

श्री/ श्रीमती ----- पद -----विभाग,-----
जिल्हा परिषद,----- जि.-----, यांनी कथन केलेली परीस्थिती सत्य व बरोबर आहे,
तरी त्याचे वैद्यकीय देयक पारित करणेस शिफारस आहे.

स्थळ

दिनांक

कार्यालय प्रमुख

\

(B) MEDICINES

Sr.No	Bill No Name of Medicine	Date	Price	Remark
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
	Total Rupess			
	Grand Total (A+B)			

Rupess in Words -

Signature -----

Name of Doctor -----

Register No . -----

Name of Hospital -----

Place : -----

Date : / /20

Signature

FORM C :-

**CERTIFICATE OF EXPENSES FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT
TO GOVERNMENT SERVANT .**

(To be issued by attending private portioner:)

This is to certify that Shri/Smt -----
wife/Husband/Daughter /Father/Mother/Sister of Shri/Smt -----
----- Address -----

Employed in the ----- as -----
treated by the ----- from ----- to -----
as an emergency patient.

For the Complaints of :-----

Vital sign observed :-----

Necessary emergency :-----

Investigation with results :-----

Total expenditure (“Annexure “5”) incurred for the treatment was
Rs. -----

And details of which are given in form “D”

Certified that the emergency treatment the patient was advised to
attend authorized Medical Attendant for treatment .

Date - -----

Place -----

Signature-----

Name of Doctor -----

Register No -----

Name of Hospital-----

Pay and allowance of the claimant :

Pay -----

D.A.-----

Other Allowance -----

Total Amount -----

(Note: This is a specimen form which should be used in each case separately)

CERTIFICATE FORM 'D'

(CERTIFICATE OF EXPENDITURE INCURRED IN DETAILS FOR THE GOVERNMENT
SERVANT TREATMENT FOR EMERGENCY IN PRIVATE HOSPITAL
(TO BE FILLED BY TREATING DOCTOR AND TO ATTEND WITH ANNEXURE 'C')

Name of Patient :-----
Date of Admission :-----
Date of Discharge :-----
Hospital Registration No :-----
Bed category :-----

Sr.No	Service/charge Description	Qty/visits	Rate/charge	Amount
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
१९				
२०				
Total (A)			Total Amount Paid	

B) MEDICINE :-

Sr.No	Name of Medicine	List of Medicine	
	As per list of medicine		
	Total of (B)		

GRAND TOTAL (A+B) -----

Rupees in words -----

Date : -----

Signature-----

एकवेळ अवश्य भेट द्या  <https://gramvikaseseva.com/medical-bill-soft/>

Place -----

Name of Doctor -----

Register No -----

Name of Hospital-----

Name of the Hospital -----

EMERGENCY CERTIFICATE

This is to certify that Mr./Mrs./Smt.-----

----- was admitted in our hospital as patient.

From ----- to -----

He/She was admitted as an emergency patient for the treatment of -----

Date :- -----

Place :- -----

Signature-----

Name of Doctor -----

Register No.-----

Name of Hospital -----

CERTIFICATE

This to Certified that

Mr./Mrs.-----

Is under my treatment from-----

He/She is suffering from-----

He/She was admitted to this Hospital From

As an Emergency Case

Drugs prescribed to during his/her Hospitalization on period wef to

Do not contain food, Alcohol, Tonic & Blood supplements.

Date : -----

Signature-----

Place -----

Name of Doctor -----

Register No -----

Name of Hospital-----

रुग्णालयातील आंतररुग्ण कालावधीतील वास्तव्याचा दाखला

रुग्णालय/वैद्यकीय संस्थेचे नाव -----

पत्ता -----

रुग्णालय नोंदणी क्रमांक :-----

रुग्णाचे नाव -----

वय -----

रुग्णालयात दाखल केल्याचा दिनांक - दिनांक / /२०

रुग्णालयातून घरी पाठविल्याचा दिनांक - दिनांक / /२०

अ.नं	खाजगी रुग्णालयातील वास्तव्याचा प्रकार	प्रती दिन रुपये	वास्तव एकूण दिवस	एकूण दिवस
१	जनरल वार्ड (सर्वसामान्य कक्ष)			
२	जनरल वार्ड (सर्वसामान्य कक्ष) बाजूला बाथरूम नसलेला कक्ष			
३	बाथरूम स्वतंत्र कक्ष			
४	बाथरूम सह डबल बेडेड कक्ष			
५	अतिदक्षता कक्ष (आय.सी यु.)			
६	अतिदक्षता कक्ष (आय.सी यु .कॅबीन)			
			एकूण खर्च	

अक्षरी रुपये -----

स्थळ :- -----

दिनांक : / /२०

Date : -----

Signature-----

Place -----

Name of Doctor -----

Register No -----

Name of Hospital-----

आंतररुग्ण (आय.पी.डी.) व बाह्यरुग्ण (ओ.पी.डी.) प्रमाणपत्र :-

श्री./श्रीमती /सौ .----- हुद्दा.-----

-----कार्यालय -----तालुका ----- जि.-----

यांनी त्याचे मुलाचे /मुलीची /आईची/वडिलाचे / पतीचे/पत्नीचे /स्वतःचे श्री./सौ./श्रीमती---

----- यांचे औषधोपचार -----

----- दवाखान्यात केलेले आहे. सदर

औषधोपचार दिनांक / / ते दिनांक / / या कालावधीत आंतररुग्ण (आय.पी.डी.)

व बाह्यरुग्ण (ओ.पी.डी.) म्हणून करण्यात आले आहे. सदर कर्मचार्याने सादर केलेले बिल

सत्य असल्याची खात्री करण्यात आलेली आहे. वैद्यकीय देय रक्कम रुपये -----

----- /- ची मंजूर करण्यात हरकत नाही.

वैद्यकीय बिल (आय.पी.डी.) बाह्यरुग्ण (ओ.पी.डी.) मधीलच आहे . तसचे सदरचे बिल

सत्य असल्याची खात्री करण्यात आलेली आहे.

Date : -----

Signature-----

Place -----

Name of Doctor -----

Register No -----

Name of Hospital-----

लेखाधिकारी यांचा दाखला

सदर दाखला देण्यात येतो की, श्री/श्रीमती -----

पद -----विभाग,----- जिल्हा परिषद-----

जि.----- यांच्या ----- आजारपणाचे उपचारावरील खर्चाचे बील तपासणी केलेले असून बीलांला जोडलेले सर्व सहपत्रे बरोबर असून देयकाची आकडेवारी बरोबर आहे.

श्री/श्रीमती -----सदर दाखला त्यांचे मुलाचे वैद्यकीय देयक मंजूरीकामी दिला असे.

कनिष्ठ लेखा अधिकारी

प.स

प्रती विभाग प्रमुख

प्राधिकृत वैद्यकीय अधिकारी यांचे प्रमाणपत्र

(खाजगी दवाखान्यात करण्यात आलेल्या उपचाराच्या खर्चाच्या परिपुर्तते करीता.)

जिल्हा शल्य चिकित्सक, जिल्हा शल्य चिकित्सकांनी घोषित केलेले वैद्यकीय अधिकारी

नगर पालिकेचे वैद्यकीय अधिकारी, प्रा.आ.केंद्रांचे वैद्यकीय अधिकारी, वर्ग २ चे जिल्हा परिषदेचे वैद्यकीय अधिकारी

ब) अर्थ विभाग, जिल्हा परिषद, जळगाव यांचे दिनांक ६/९/१९८९ चे पत्र.

१) आण्णबाणीची परिस्थिती बाबत स्पष्टीकरण.

२) शासन निर्णयातील आजाराचे नाव व क्रमांक द्यावा.

३) जवळच्या प्राधिकृत दवाखान्यात उपचारासाठी का पाठविणे शक्य नाही यांचे कारण

४) जवळच्या प्राधिकृत दवाखान्यात उपचारासाठी का पाठविणे शक्य नाही यांचे कारण

प्राधिकृत वैद्यकीय अधिका-यांनी वरील बाबींचा स्पष्ट समावेश असणारे प्रमाणपत्र देण्याची दक्षता घ्यावी. सोबत प्रमाणपत्र नमुना जोडला आहे.

क) संचालक, आरोग्य सेवा महाराष्ट्र शासन मुंबई के.सआसे-वेप्र-मार्गदर्शक-८६ १९९२ दि- २६/३/१९९२.

ए) शासन निर्णय क्रं. एम.ए.जी.-१०९४/सीआर-२५-९४/आरोग्य-७/मंत्रालय मुंबई दिनांक २३/०६/१९९४

प्रमाणपत्र

प्रमाणित करणेत येते की, श्री/श्रीमती -----
वय -----वर्ष -----येथील रहिवाशी यांना -----
हा गंभीर आजार होता. हा आजार शासनमान्य अतितातडीच्या आजाराच्या सुचीमध्ये
---- क्रमाकावर आहे.

मी या आजाराकरीता अतितातडीची बाब म्हणुन -----
----- या दवाखान्यात उपचाराकरीता संदर्भित केले होते / मान्यता देत आहे.

खालील कारणामुळे जवळच्या प्राधिकृत दवाखान्यात उपचाराकरीता पाठविले नाही.

या करीता प्रमाणपत्र देत आहे.

शासकीय कर्मचा-याचें खर्चाच्या परिपुर्तीचे देयकासोबत सादर करावयाची चेकलिस्ट

कर्मचा-यांचे नाव :-श्री/श्रीमती -----

विभागाचे नाव :- -----

वेतन :- ग्रे पे

कर्मचा-याचा रुग्णाची नातेसंबंधी व रुग्णाचे नाव :-

कुटुंबाचा तपशिल

	नाव	नाते	वय	नोकरीचा तपशील

६) आजाराचे नाव व कालावधी :- दि- / /२० ते / /२०

७) कोणत्या रुग्णालयात बाहय दाखल करण्यात आले? :-

८) रुग्णालयास दाखल करून वास्तव्यास ठेवण्याची :-

सोय आहे काय? :-

९) रुग्णास आजार प्रथम उदभवला आहे वा त्यास :-

मागील इतिहास आहे?

१०) आजार पुर्वीपासून असल्यास त्यासंबंधीचा उपचार :-

कोणत्या वैद्यकीय अधिका-याकडे केला आहे हया नाही

संबंधीच्या कागदपत्राच्या प्रती जोडल्या आहेत काय?

११) रुग्णास शासकीय रुग्णालयास दाखल करणे :-

कोणत्या परिस्थितीस शक्य आहे नाही?

१२) रुग्ण ज्याठिकाणी आजारी पडला. जिथे त्यास प्रत्यक्ष :-

अॅडमिट केले ते रुग्णालय नजिकचे कसे ठरते?

१३) पती /पत्नी नौकरी करीत असल्यास त्यांना वैद्यकीय :-

भत्ता मिळतो काय,असल्यास किती?

१४) पती/पत्नी जेथे नौकरी करतात तेथे प्रतिपुर्तीची :-

मागणी केली आहे काय?

१५) रुग्ण निवृत्ती वेतन धारक असल्यास किती :-

निवृत्तीवेतन मिळते?

१६) कर्मचा-यांचे देयक तयार करून कार्यालय :- / /२०

प्रमुखास सादर केल्याचा दिनांक

कर्मचा-याची स्वाक्षरी

कार्यालय प्रमुखांनी भरावयाचे

- १) कर्मचा-याचा देयक प्राप्त झाल्याचा दिनांक :- / / २०
- २) कार्यालयाकडून संबंधीत वैद्यकिय अधिका-याकडे :-
- ३) तपासणी तथा स्वाक्षरीसाठी पाठविलेल्या पत्राचा क्रमांक व दिनांक
- ४) सर्वेधीत वैद्यकिय अधिका-याकडून तपासणी तथा :-
स्वाक्षरी होवुन देयक प्राप्त झाल्याची तारीख
- ५) ज्या रुग्णालयात रुग्णाने उपचार घेतला आहे त्यांचे :-
कडून इतर कर्मचा-यांनीही उपचार घेवुन देयके सादर केल्याची वारंवारंता आढळते काय?
- ६) देयकांचे कागदपत्रांचे तपासणी अंती ती सत्य :-
असल्याची चौकशी केली आहे काय? असल्यास त्याचा निष्कर्ष.
- ७) देयकांचे कागदपत्रांचे तपासणी अंती ती सत्य :-
असल्याची खात्री केली असल्यास त्यानुरूप पारीत करण्यात स्पष्ट शिफारस आहे काय? :-
उपचारासाठी अग्रीम घेतले आहे काय?

कार्यालय प्रमुखाची स्वाक्षरी

आरोग्य अधिका-याने भरावयाचे

- १) कार्यालय प्रमुखाकडून प्राप्त झाल्याची तारीख :-
- २) आजार विनिर्दिष्ट तातडीच्या यादीत समाविष्ट असल्याचे प्राधिकृत वैद्यकिय अधिका-याचे प्रमाणपत्र जोडले आहे काय? :-
- ३) रुग्णाच्या आजारासाठी त्याचा मागील रुग्ण इतिहास असणे शक्य आहे काय असल्यास त्याची खात्री कशी केली? :-
- ४) रुग्णाचे आजाराचे नाव काय व कोणत्या क्रमाका वरच्या आजारात मोडतो? :-
- ५) किती रकमची परिपती नियमानुसार देय ठरते? :-
औषधीमध्ये टॉनिक/अल्कोहोलचा समावेश नसल्या बाबत वैद्यकिय अधिका-याचे प्रमाणपत्र जोडले आहे काय? :-
- ६) दि- ३१/७/९९ च्या शासन नियमाप्रमाणे परिशिष्ट अ व ब :-
प्रमाणे वैद्यकिय बील व वास्तव्याच्या प्रकाराचे अनुषंगाने

किती परिपुर्ती अनुज्ञेय आहे?

जिल्हा आरोग्य अधिकारी