

महाराष्ट्र शासन

आयुक्त, राज्य उत्पादन शुल्क, महाराष्ट्र राज्य, मुंबई
जुने जकात घर, 2 रा मजला, शहिद भगतसिंग मार्ग, फोर्ट, मुंबई 23

Email id:- aoexcisecom@gmail.com

विषय:- आकस्मिक उद्भवणाऱ्या 27 व 5 गंभीर
आजारांवर खाजगी रुग्णालयात घेतलेल्या
औषधोपचारावरील खर्चाच्या प्रतिपूर्ती
बाबत....

- वाचा:- 1. महाराष्ट्र राज्य सेवा (वैद्यकीय देखभाल) नियम 1961
2. महाराष्ट्र नागरी सेवा (सेवेच्या साधारण शर्ती) नियम 1981 च्या नियम परिच्छेद 7 चा परिशिष्ट
क्र. 2
3. महाराष्ट्र शासन सार्वजनिक आरोग्य विभाग निर्णय क्र. वैखप्र-2016/प्र. क्र. 16/2016/राकावि-
2, दि. 16.03.2016.

क्रमांक:- लेखा 2014/वैद्यकीय खर्च/13 क

मुंबई 15 नोव्हेंबर, 2016.

परिपत्रक

महाराष्ट्र राज्य सेवा (वैद्यकीय देखभाल) नियम 1961 मधील तरतुदीच्या अधिन राहून शासन विनिर्दिष्ट आकस्मिक उद्भवणाऱ्या 27 आजारांवर खाजगी रुग्णालयात केलेल्या उपचाराची प्रतिपूर्ती मंजूर करण्याचे प्राधिकार संदर्भिय क्र. 2 मधील तरतुदीनुसार, तसेच शासन सार्वजनिक आरोग्य निर्णय क्र. एमएज-1081/4907/पीएच-9-अ, दि. 19.10.1983 अन्वये विभाग प्रमुखांना देण्यात आले आहेत. त्यानुसार आयुक्तालयाच्या अधिपत्याखालील असलेल्या विभागीय उप आयुक्त कार्यालये व अधीक्षक कार्यालयातील अधिकारी/कर्मचाऱ्यांचे खाजगी रुग्णालयातील विशिष्टोपचारावरील घेतलेल्या वैद्यकीय खर्चाचे प्रतिपूर्ती प्रस्ताव आयुक्तालयास सादर करण्यात येतात. मात्र अशा प्रस्तावांची नियमातील तरतुदीनुसार काटेकोरपणे तपासणी होऊन अचूक प्रस्ताव सादर होत नसल्याचे या विभागाच्या निदर्शनास आले आहे. प्रस्तावांमध्ये खूप मोठ्या प्रमाणावर त्रुटी रहात असल्यामुळे प्रस्ताव मंजूर करण्यास विलंब होतो. तसेच बरेचसे प्रस्ताव संबंधितांकडून विलंबाने सादर केले जात असल्याने अशा विलंबाने सादर केलेल्या प्रस्तावांमध्ये असलेल्या त्रुटींच्या पुर्ततेसाठी असे प्रस्ताव पुन्हा आयुक्तालयाकडून संबंधितांकडे परत पाठविले जातात.

तरी यापुढे प्रस्तावांमध्ये एकसुत्रता व अचूकता येण्यासाठी सर्व विभागीय उप आयुक्त कार्यालयांनी त्यांचे व त्यांच्या अधिपत्याखालील असलेल्या अधीक्षक कार्यालयांचे प्रस्ताव संबंधित उप आयुक्त

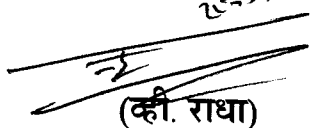
कार्यालयांमार्फत सादर करावेत. तसेच असे प्रस्ताव सादर करताना खालील नमूद केलेल्या मुद्द्यांची तसेच वेळोवेळी निर्गमित झालेल्या शासन निर्णय, अधिनियम व नियमांची तपासणी करुनच प्रस्ताव सादर करावेत असे या परिपत्रकाद्वारे सूचित करण्यात येत आहे.

उपरोक्त सर्व सूचना प्रस्तावामध्ये एकसुत्रता व अचुकता येण्यासाठी मार्गदर्शनपर एकत्रितरित्या तयार करण्यात आल्या आहेत. याशिवाय आपल्या स्तरावर सविस्तर माहितीची आवश्यकता असल्यास त्यासाठी मूळ शासन निर्णय, परिपत्रके, महाराष्ट्र वैद्यकीय देखभाल नियम 1961 मधील नियमावलीचा अवलंब करण्यात यावा.

अधीक्षक कार्यालयांनी वैद्यकीय प्रतीपूर्तीचे प्रस्ताव प्राप्त झाल्यानंतर 7 दिवसांच्या आत तपासणी करुन जिल्हा शल्य चिकित्सकाकडे प्रमाणित करण्याकरीता पाठविण्यात यावा. जिल्हा शल्य चिकित्सकाकडून प्रस्ताव प्राप्त झाल्यानंतर 5 दिवसांच्या आत विभागीय उप आयुक्तांकडे प्रस्ताव सादर करावा. विभागीय उप आयुक्तांनी प्रस्ताव प्राप्त झाल्यानंतर सखोल तपासणी करुन परिपत्रकासोबत जोडलेल्या सादर करावयाच्या कागदपत्रानुसार प्रस्ताव या कार्यालयास 10 दिवसांच्या आत सादर करावा.

आपले व आपल्या अधिपत्याखालील कार्यालयांकडील प्रस्ताव विहित मुदतीत सादर होतील याबाबत आपले स्तरावरुन जातीने लक्ष देण्यात यावे. शासन सार्वजनिक आरोग्य विभागाचे परिपत्रक दि. 07.06.1991 अन्वये प्रस्ताव सादर करताना तो परिपूर्ण व अचुकरित्या आवश्यक त्या सहपत्रांसह सादर होईल याकडेही कटाक्षाने लक्ष देण्यात यावे. सदर परिपत्रकानुसार देण्यात आलेल्या सूचनांची काटेकोरपणे अंमलबजावणी करण्यात यावी. प्रस्तावांची काटेकोरपणे छाननी करण्यात आली आहे याची विभागीय उप आयुक्त कार्यालयांनी खातरजमा करुनच प्रस्ताव आयुक्तालयास सादर करावेत.

- सहपत्रे:-
1. शासन निर्णय परिपत्रके माहिती
 2. सर्वसाधारण बाबींची करावयाची पूर्तता.
 3. प्रस्तावासोबत सादर करावयाची कागदपत्रे.


(कॅ. राधा)
आयुक्त,
राज्य उत्पादन शुल्क,
महाराष्ट्र राज्य, मुंबई

प्रति,

1. विभागीय उप आयुक्त, राज्य उत्पादन शुल्क, ठाणे/पुणे/नाशिक/औरंगाबाद/कोल्हापूर/नागपूर
सदरचे परिपत्रक आपल्या अधीनस्त अधीक्षक कार्यालयांकडे पाठवून त्यानुसार कार्यवाही करण्याच्या सूचना देण्यात याव्यात.
2. उप संचालक (सांख्यिकी व संगणक), राज्य उत्पादन शुल्क, महाराष्ट्र राज्य, मुंबई
सदरचे परिपत्रक विभागाच्या वेब साईट वर अपलोड करावे.

वैद्यकीय प्रतीपूर्तीच्या अनुषंगाने शासन निर्णय/ परिपत्रके यांची माहिती

3

अ. क्र.	मुद्दा	सार्वजनिक आरोग्य विभाग नियम/ शासन निर्णय/ परिपत्रक क्र.
1	वैद्यकीय खर्चाची प्रतिपूर्ती रोजंदारी कर्मचाऱ्यांना अनुज्ञेय नाही. इतर कर्मचाऱ्यांची 1 वर्ष सेवा होणे आवश्यक.	वैद्यकीय देखभाल नियम 1961 नियम 2 (2)
2	कुटूंब मर्यादित असल्याबाबत संबंधित कार्यालय प्रमुखाचे प्रमाणपत्र आवश्यक.	डीबीसी/108/2708/पीएच-9, दि. 24.06.85
3	कुटूंबाची मर्यादा दि. 06.05.68 पूर्वी तीनपेक्षा जास्त मुले असली तरी अनुज्ञेय परंतु दि. 06.05.98 नंतर तीनपेक्षा जास्त अपत्ये असतील तर वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती नंतर झालेल्या अपत्यांना व आईवडिलांना अनुज्ञेय नाही. परंतु जनन क्षम गटात असताना आई/ वडिलांनी निर्बीजीकरण शस्त्रक्रिया केली तर आई/ वडिलांना वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती अनुज्ञेय तसेच त्यानंतर दिलेल्या निर्देशाप्रमाणे दि. 01.05.2001 पूर्वी तीन मुले असली तरी वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती अनुज्ञेय परंतु दि. 01.05.2001 नंतर दोनपेक्षा जास्त मुले झाल्यास आई/ वडिलांना व नंतर झालेल्या मुलांना वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती अनुज्ञेय नाही. परंतु जननक्षम गटात असताना जर आई/ वडिल यांनी निर्बीजीकरण शस्त्रक्रिया केल्यास आईवडिल यांना वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती अनुज्ञेय.	<ol style="list-style-type: none"> 1. एमजी/ 1076/798/79, दि. 06.08.68 2. एमजी-1095/प्र. क्र. 45/आ-3, दि. 28.11.2000
4	अ कुटूंब म्हणजे शासकीय कर्मचाऱ्याची पती/पत्नी/औरस/सावत्र/दत्तक मुले/ आई/वडिल/18 वर्षांखालील भाऊ/घटस्फोटीत बहिण.	<ol style="list-style-type: none"> 1. एमजी/1099/प्र. क्र.220/आ-3, दि. 18.08.99 2. सार्वजनिक आरोग्य विभाग वैद्य 2011/प्र. क्र. 333/11/राकावि, दि. 11.11.2011 (मूळ निवृत्ती वेतन 3500/-)
	ब मुले व अविवाहीत बहिण नोकरीस असल्यास वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती अनुज्ञेय नाही. नोकरीस नसल्यास त्याप्रमाणे विहित नमुन्यात प्रमाणपत्र आवश्यक आहे.	
	क आई/वडिल/घटस्फोटीत बहिण यांचे दरमहा किमान उत्पन्न अथवा मूळ निवृत्ती वेतन रु. 3500/- पेक्षा जास्त असल्यास शासकीय कर्मचाऱ्यांवर अवलंबून असल्याचे मानण्यात येणार नाही.	
	ड महिला शासकीय कर्मचाऱ्यास आई/ वडिल व सासू/ सासरे यापैकी एकाची निवड करता येईल. सदर बाबींची नोंद सेवापुस्तकांत घेणे आवश्यक.	
	इ पती/ पत्नी यांना वैद्यकीय भत्ता मिळत असेल तर कुठलाही एक पर्याय निवडण्याचा हक्क असेल. सदर बाबींची नोंद सेवापुस्तकात घेणे आवश्यक.	
5	अ प्राधिकृत वैद्यकीय अधिकारी म्हणजे मुंबई शहराच्या बाबतीत शासकीय रुग्णालयाचा अधीक्षक किंवा त्यांनी प्राधिकृत केलेला वैद्यकीय अधिकारी तसेच	<ol style="list-style-type: none"> 1. एमजी/1099/प्र. क्र. 222/आ-3, दि. 20.08.1999
	ब जिल्हाच्या ठिकाणी जिल्हा शल्य चिकित्सक किंवा त्यांनी प्राधिकृत केलेले वैद्यकीय अधिकारी त्याचप्रमाणे सर्व नगरपालिका/ महानगरपालिका/जिल्हा परिषदा येथील शासकीय रुग्णालयातील वैद्यकीय अधिकारी हे प्राधिकृत वैद्यकीय अधिकारी आहेत.	
	क शासकीय रुग्णालयातील देयके नमुना अ व ब मध्ये कार्यालयीन स्तरावर ठेवण्यात यावी.	
6	रुग्ण जेथे आजारी पडेल तेथे वैद्यकीय सेवा उपलब्ध नसतील तर तेथील प्राधिकृत वैद्यकीय सेवा उपलब्ध नसतील तर तेथील प्राधिकृत वैद्यकीय अधिकाऱ्यांचे प्रमाणपत्र आवश्यक	<ol style="list-style-type: none"> महाराष्ट्र वैद्यकीय देखाभाल नियम 1961 नियम क्र. 11 (2) महाराष्ट्र वैद्यकीय देखाभाल नियम 1961 नियम क्र. 8

7	अ	प्राधिकृत वैद्यकीय अधिकाऱ्यांच्या प्रमाणपत्रात शासन निर्णयातील आजाराचा अनुक्रमांक, आजाराचे नाव, पूर्ण इंग्रजी कॅपिटलमध्ये असणे आवश्यक आहे. तसेच आंतररुग्ण कालावधी, जिल्हा शल्य चिकित्सकाचे नाव व शिक्का असणे आवश्यक आहे.	एमएजी 1099/प्र. क्र 14/ आ-3, दि. 25.02.99 व संचालनालय वैद्यकीय शिक्षण व संशोधन मुंबई यांचे परिपत्रक दि. 16.07.93
	ब	आजारामध्ये आकस्मिकता होती या बाबीचा उल्लेख असणे आवश्यक आहे.	
8		अल्कोहोल, अन्नपदार्थ, शक्तीवर्धके, प्रसाधन विषयक पदार्थ व इतर बाबी उदा. ग्लोव्हज, कॉटन, मिनरल वॉटर, फीडींग बॉटल वगैरे सारख्या बाबी अनुज्ञेय नाहीत. अनुज्ञेय नसलेल्या बाबी ठरविण्यासाठी भारत सरकारने आपल्या कर्मचाऱ्यांसाठी तयार केलेल्या यादीचा अवलंब करावा. तसेच उपरोक्त बाबी अंतर्भूत नसल्याचे प्रमाणपत्र आवश्यक आहे.	महाराष्ट्र वैद्यकीय देखाभाल नियम 1961 नियम क्र. 10 टिप-1
9		प्रतिपूर्तीबाबतचा दावा आंतररुग्ण कालावधीपासून 1 वर्षाच्या आत सादर करण्यात यावा. जोपर्यंत आवश्यक संपूर्ण कागदपत्रांची पूर्तता संबंधित कर्मचाऱ्यांकडून करण्यात येत नाही तोपर्यंत अशा प्रकरणी होणारा विलंब हा संबंधित कर्मचाऱ्यांकडून झाल्याच समजण्यात येईल.	परिपत्रक/एमएजी-10/91/1023/सीआर-82/आ-7, दि. 07.06.91
10		27 आकस्मिक आजाराबाबत रुपये 3,00,000/- पर्यंत वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती अनुज्ञेय. रुपये 3,00,000/- पेक्षा जास्त वैद्यकीय खर्चाची प्रकरणे शासनाकडे पाठविण्यासाठी ठोस समर्थनाची आवश्यकता आहे.	1. एमएजी/2005/9/प्र. क्र. 1/19/3/05 2. शासन निर्णय क्र. वैखप्र-2016/प्र. क्र. 16/2016/राकावि-2, दि. 16.03.2016
11		कृत्रिम उपकरणाच्या प्रतिपूर्तीसाठी सक्षम अधिकाऱ्याचे विहित नमुन्यात प्रमाणपत्र	एमएजी/1099/प्र. क्र. 40/आ-3, दि. 29.07.99
12		खाजगी रुग्णालयातील वास्तव्याचा प्रकार विहित केल्यानुसार नमूद करणे आवश्यक.	एमएजी 2005/9/प्र. क्र. 1/आरोग्य-3, दि. 19.03.2005
13	अ	मधुमेहावरील आजाराचा बाह्यरुग्ण प्रतिपूर्तीसाठी परिशिष्ट सहा मध्ये सक्षम अधिकाऱ्याचे प्रमाणपत्र आवश्यक.	एमएजी/1099/प्र. क्र. 218/आ-3, दि. 16.08.99
	ब	रुग्ण शासकीय कर्मचाऱ्यास स्वतःसाठी एकदा प्रमाणपत्र घेणे आवश्यक आहे. कुटूंबियांस मात्र दरवर्षी प्रमाणपत्र घेणे आवश्यक.	एमएजी/1099/प्र. क्र. 218/आ-3, दि. 16.08.99
	क	सदर खर्चाची प्रतिपूर्ती कार्यवाही संबंधित कार्यालयाच्या स्तरावरून करण्यात यावी.	एमएजी/1099/प्र. क्र. 218/आ-3, दि. 16.08.99
	ड	5 गंभीर आजारांवर शासनमान्य खाजगी रुग्णालयात उपचार घेणे आवश्यक आहे.	एमएजी/2005/9/प्र.क्र. 1/आ-3, दि. 19.03.05
14	अ	5 गंभीर आजारांची 100 टक्के प्रतिपूर्ती देय, मात्र शासन निर्णयातील अटीची पूर्तता आवश्यक.	एमएजी/1099/प्र. क्र. 237/आ-3, दि. 21.08.99
	ब	उपरोक्त आजारासाठी रु. 1,50,000/- अग्रिम शासन निर्णय नियमानुसार अनुज्ञेय	एमएजी 2005/प्र. क्र. 251/आ.3, दि. 10.02.2006
15		प्रसूतीच्या कारणास्तव वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतिपूर्तीसाठी गर्भधारणेनंतर पहिल्या महिन्याच्या आत शासकीय रुग्णालयात नाव नोंदणी करणे आवश्यक अन्यथा असे प्रस्ताव नामंजूर करण्यात येतील.	एमएजी/1099/प्र. क्र. 237/आ-3, दि. 21.08.99
16		खाजगी रुग्णालयातील विशिष्ट आजारावरील तातडीचा उपचार आटोपल्यानंतर नैमित्तिक उपचार म्हणून बाह्य उपचार अनुज्ञेय नाही.	एमएजी/1086/4907/आ-7, दि. 01.09.87
17		गंभीर आजारांसोबत नमूद केलेल्या शासन निर्णयातील भाग-3 मध्ये नमूद केलेल्या आजारांवर संबंधित रुग्णालयात संबंधित आजारावर उचार घेतल्यास वैद्यकीय खर्चाची प्रतिपूर्ती अनुज्ञेय.	एमएजी/1099/प्र. क्र. 240/आ-3, दि. 30.08.99

18	शासकीय रुग्णालयात बाह्यरुग्ण म्हणून उपचार घेतल्यास वैद्यकीय देयकावर प्रतिस्वाक्षरीची आवश्यकता नाही.	एमएजी/1099/प्र. क्र. 221/आ-3, दि. 19.08.99
19	नमुना अ, ब, क, ड व परिशिष्ट-1 संपूर्णपणे व अचूक भरण्यात यावा व त्यानंतर आवश्यक ठिकाणी संबंधितांच्या स्वाक्षऱ्या आवश्यक.	वैखप्र/1095/624/आ-7, दि. 17.6.95
20	अ शासकीय रुग्णालयात बाह्यरुग्ण उपचार नमुना-अ	एमएजी/1084/116/पीएच-94, दि. 21.07.84
	ब शासकीय रुग्णालयात आंतररुग्ण उपचार नमुना-ब	एमएजी/1084/116/पीएच-94, दि. 21.07.84
	क खाजगी रुग्णालयात आंतररुग्ण उपचार नमुना- क, ड	एमएजी/1084/116/पीएच-94, दि. 21.07.84
21	नवरोजी वाडिया मुंबई प्रसुती रुग्णालयात केलेल्या वैद्यकीय खर्चाची प्रतिपूर्ती अनुज्ञेय.	एमएमजी/1099/प्र. क्र.2/255/आ-3, दि. 11.11.99
22	आकस्मिक 27 आजारांवर परदेशात केलेल्या उपचाराची प्रतिपूर्ती अनुज्ञेय नाही.	परिपत्रक एमएजी/1081/4907/पीएच-9, दि. 02.01.85
23	शस्त्रक्रियेप्रसंगी वापरण्यात आलेली उपकरणे/यंत्रे आवश्यक होती व त्यांचा दुबार वापर करण्यात येणार नाही असे प्रमाणपत्र सादर केले तरच वैद्यकीय खर्चाची प्रतिपूर्ती अनुज्ञेय.	एमएजी/1099/प्र. क्र. 218/आ-3, दि. 16.08.99

7

सर्वसाधारणपणे खालील नमूद केलेल्या बाबींची देखील पूर्तता करण्यात यावी.

1	रु. 5000/- वरील पावत्यांवर जेथे आवश्यकता आहे अशा खर्चाच्या पावत्या मुद्रांकित करणे आवश्यक.
2	औषधाच्या पावत्यांवर रुग्णाचे नाव, डॉक्टरचे नाव नमूद केलेले असावे व पावत्या आंतररुग्ण कालावधील असणे आवश्यक.
3	परिशिष्ट-1, नमुना-क, नमुना-ड वर दर्शविलेली एकूण खर्चाची रक्कम व खर्चाच्या पावतीची एकूण रक्कम मिळतीजुळती असावी. तसेच सादर नमुना परिपूर्ण व अचूक असणे आवश्यक.
4	महाराष्ट्र कोषागार नियम 153(5)/4 नुसार वैद्यकीय खर्च प्रस्तावात खाडाखोड नसावी. खाडाखोड अपरिहार्य असलेली सक्षम प्राधिकाऱ्याच्या सहीने करणे आवश्यक.
5	खाजगी रुग्णालयाच्या डॉक्टरचे आकस्मिक आजाराबाबतचे प्रमाणपत्र आवश्यक.
6	पती/पत्नी सेवेत नसल्याबद्दल किंवा असल्यास अशा संबंधित कार्यालयाकडून वैद्यकीय खर्चाची मागणी केली नसल्याबद्दलचे संबंधित कार्यालय प्रमुखाच्या स्वाक्षरीने प्रमाणपत्र आवश्यक.
7	डॉक्टरांचा नोंदणी क्रमांक व हॉस्पिटलचा नोंदणी क्रमांक दोन वेगवेगळ्या बाबी असून त्याप्रमाणे त्याची पूर्तता करणे आवश्यक.
8	औषधाच्या पावत्यांची स्वतंत्र यादी सादर करून त्यावर संबंधित डॉक्टरांची स्वाक्षरी घेणे आवश्यक. प्रत्येक पावतीवर स्वाक्षरीची आवश्यकता नाही.
9	एखाद्या प्रकरणी नमुना अ/ब मध्ये मागणी केल्यास कॅटगरी क्रमांक व प्रिस्क्रीप्शन पावत्या प्रस्तावासोबत सादर करणे आवश्यक.
10	डिसचार्ज कार्ड प्रस्तावासोबत सादर करणे आवश्यक.
11	वैद्यकीय खर्चाच्या अनुदानाची मागणी सादर करताना सादर खर्चाची तरतूद वार्षिक/आठमाही अंदाजपत्रकात करणे आवश्यक.
12	औषधांच्या यादीची सखोल तपासणी करावयाची असल्यामुळे विलंब टाळण्यासाठी इंग्रजी कॅपिटलमध्ये अक्षरामध्ये सादर करण्यात यावी.
13	खर्चाच्या सर्व प्रमाणकांवर संबंधित अधिकारी/कर्मचारी यांनी रक्कम अदा केल्याबाबत "Paid By Me" असे नमूद करून स्वाक्षरी करावी.
14	अधिकारी/कर्मचारी यांनी दिलेल्या सर्व प्रमाणपत्रांवर/हमीपत्रांवर संबंधित कार्यालय प्रमुखांच्या स्वाक्षरी घेणे आवश्यक.
15	रुग्णालयामध्ये झालेल्या खर्चाच्या प्रमाणकांवर तसेच विहित नमुन्यांवर संबंधित रुग्णालयाच्या सक्षम वैद्यकीय अधिकाऱ्याची स्वाक्षरी घेणे आवश्यक.

प्रस्तावाचा नमुना

प्रति,

मा. आयुक्त,
राज्य उत्पादन शुल्क,
महाराष्ट्र राज्य, मुंबई.

क्रमांक:-

मुंबई ऑक्टोबर, 2016

विषय:- श्री./ श्रीमती.....पदनाम यांचे वैद्यकीय प्रतिपूर्तीचे देयक रक्कम
रु.....मंजूर करणेबाबत....
संदर्भ:- अधीक्षक, राज्य उत्पादन शुल्क-----यांचे पत्र
क्र....., दिनांक.....

महोदय,

उपरोक्त संदर्भाकित पत्रान्वये श्री./श्रीमती.....पदनाम यांचा वैद्यकीय प्रतिपूर्तीचा प्रस्ताव दिनांक.....रोजी या कार्यालयास सादर करण्यात आलेला असून श्री./श्रीमती.....हे दिनांक.....ते दिनांक.....या कालावधीत-----या खाजगी रुग्णालयात आंतररुग्ण म्हणून दाखल झाले होते. त्याकरीता त्यांनी एकूण रु.....एवढ्या रकमेचे देयक सादर केले आहे. श्री./श्रीमती.....यांनी या संदर्भात शासन निर्णयातील तरतुदीनुसार नमुना क, ड, व त्या अनुषंगीक प्रमाणपत्रे व इतर आवश्यक ती कागदपत्र सादर केलेली आहेत. तसेच अधीक्षक-----यांनी त्यांचे प्रमाणपत्र दिनांक-----अन्वये सादर आजार शासन निर्णय दि. 19.03.2005 मधील यादीच्या भाग-I अ. क्र.-----नुसार प्रमाणित केलेला आहे.

श्री./श्रीमती.....यांनी सादर केलेल्या वैद्यकीय खर्चाची परिगणना खालीलप्रमाणे:-

अ. क्र.	खर्चाचा तपशील		प्रत्यक्ष खर्चाची रक्कम	अनुज्ञेय	प्रतिपूर्ती करावयाची रक्कम
1	रुग्णालयाचे देयक (-)अनुज्ञेय नसलेली रक्कम (-) वास्तव्याचा खर्च ----- एकूण	रु. रु. रु. रु.	रु.	90%	रु.
2	रुग्णालयातील वास्तव्याचा खर्च 1. आयसीयु कक्ष 2. जनरल वार्ड 3. जनरल वॉर्डच्या बाजूचा बाथरूम नसलेला कक्ष. 4. बाथरूमसह स्वतंत्र कक्ष.	रु.	रु.	100% 95% 90% 75%	रु.

	5. बाथरूमसह डबल बेड कक्ष. 6. बाथरूमसह वातानुकूलित कक्ष.			75% 75%	
3	1. बाहेरुन घेतलेली औषधे. 2. बाहेरुन केलेल्या चाचण्या.				
4	एकूण		रु.		रु.

(टिप:- बाथरूमसह वातानुकूलित कक्ष हा केवळ जे अधिकारी विमानप्रवासाकरीता पात्र आहेत त्यांना अनुज्ञेय राहिल.)

उपरोक्त परिगणना महाराष्ट्र राज्य सेवा (वैद्यकीय देखभाल) नियम 1961 तथा शासन निर्णय सार्वजनिक आरोग्य विभाग क्र. एमएजी 2005/9/प्र. क्र. 1/आरोग्य-3, दि. 19.03.2005 नुसार करण्यात आलेली आहे. सबब श्री./श्रीमती..... यांनी दिनांक----- ते दिनांक----- या कालावधी पर्यंत केलेल्या प्रत्यक्ष वैद्यकीय खर्चापैकी रु.----- (अक्षरी----- मात्र) इतके अनुज्ञेय आहेत.

तरी कृपया श्री./श्रीमती-----यांच्या आजारावर झालेल्या एकूण प्रत्यक्ष वैद्यकीय खर्चापैकी रु.----- (अक्षरी-----) इतकी रक्कम श्री./श्रीमती..... यांना अदा करणेबाबत मंजूरी देण्यास विनंती आहे.

आपला/आपली विश्वासू,

विभागीय उप आयुक्त,
राज्य उत्पादन शुल्क,
महाराष्ट्र राज्य.

वैद्यकीय प्रतीपूर्ती प्रस्ताव सादर करताना सोबत जोडावयाची कागदपत्रे:-

अ. क्र.	तपशील
1	प्रस्तावाचे प्रारूप.
2	परिशिष्ट-1
3	नमुना-सी/क
4	नमुना-डी/ड
5	जिल्हा शल्य चिकित्सकाचे प्रमाणपत्र.
6	मूळ डिसचार्ज कार्डाची प्रत.
7	रुग्णालयाचे बिल व रक्कम अदा केल्याची पावती.
8	औषधांची उप प्रमाणके.
9	रुग्णालयातील वास्तव्याचा दाखला.
10	विशेष परिचर्या प्रमाणपत्र./ नर्सिंग प्रमाणपत्र
11	औषधांमध्ये अल्कोहोल, टॉनिक नसल्याचे प्रमाणपत्र. तसेच शस्त्रक्रियेप्रसंगी वापरलेली यंत्रसामुग्री व उपकरणे, आय. व्ही. सेट्स तसेच औषधे यांचा पुनर्वापर न केल्याचे प्रमाणपत्र.
12	कुटूंब मर्यादित असल्याचे प्रमाणपत्र.
13	खर्चाचे प्रमाणपत्र.
14	पती/पत्नी/आई/वडिल सेवेत असल्याबाबत/नसल्याबाबतचा दाखला/अवलंबिता प्रमाणपत्र.
15	हमीपत्र
16	अपघात प्रकरणी प्रमाणपत्र.
17	न्यायालयीन प्रकरणी प्रमाणपत्र.
18	महिला अधिकारी/कर्मचाऱ्यांसाठी प्रमाणपत्र.
19	परिशिष्ट-6- केवळ मधुमेह झालेल्या रुग्णावर उपचार केले असताना द्यावयाचे प्रमाणपत्र.
20	प्रसुती नोंदणीचे विहित कालावधीपूर्वी नोंदणी केल्याचे कार्ड/ माता बालसंगोपन
21	आयकर प्रमाणपत्र.

परिशिष्ट १

कर्मचारी आणि त्यांचे कुटूंबीय यांची वैद्यकिय देखभाल आणि /किंवा उपचार यांच्या संबंधात करण्यांत आलेला वैद्यकिय खर्चाच्या परताव्याची मागणी करण्याकरिता करावयाच्या अर्जाचा नमुना (टीप : प्रत्येक रुग्णाकरिता स्वतंत्र नमुना वापरावा.)

- | | | |
|---|-------|----|
| १. कर्मचा-याचे नांव व पदनाम (ठळक अक्षरात) | : | |
| २. कर्मचारी ज्या कार्यालयात नोकरीत आहे त्या कार्यालयाचे नांव : | | |
| ३. वित्तीय नियमान्वये व्याख्या केल्याप्रमाणे कर्मचा-याचे वेतन व इतर वित्तलब्धी स्वतंत्रपणे दर्शविण्यात याव्यात. | : रु. | |
| ४. कामाचे ठिकाण | : | |
| ५. प्रत्यक्ष निवास स्थानाचा पत्ता | : | |
| ६. रुग्णाचे नांव आणि कर्मचा-याचे त्याचे/तिचे नाते (टीप- मुलाच्या बाबतीत वय सुध्दा नमूद करावे.) | : | |
| ७. ज्या ठिकाणी रुग्ण आजारी झाला असेल ते ठिकाण | : | |
| ८. आजाराचे स्वरूप व कालावधी | : | ते |
| ९. मागणी केलेल्या रकमेचा तपशील | : रु. | |
| १०. कर्मचा-याच्या नियुक्तीचा दिनांक | : | |
| ११. <u>सेवानिवृत्त कर्मचारी असल्यास सेवानिवृत्तीचा दिनांक</u> | : | |
- वैद्यकिय देखभाल**
- १) रोग लक्षणासाठी सल्ला देण्याची फी द्यावी.
- अ) ज्या वैद्यकिय अधिका-याचा सल्ला घेतला असेल त्याचे नांव व पदनाम आणि ज्या रुग्णालयाशी किंवा दवाखान्याशी तो संबंधीत असेल त्या रुग्णालयाचे किंवा दवाखान्याचे नांव
- ब) किती वेळा सल्ला घेण्यांत आला ती संख्या आणि त्यांच्या तारखा आणि प्रत्येक सल्ल्यासाठी दिलेली फी
- क) रुग्णालयाच्या वैद्यकिय अधिका-याच्या रोग-चिकित्सा कक्षात (कन्सल्टिंग रुम)सल्ला घेण्यांत आला की, रुग्णाच्या निवासस्थानी सल्ला घेण्यात आला ते नमूद करावे.
- २) रोग निदान करतांना करण्यात आलेल्या विकृती चिकित्सा विषयक, अणुजीव शास्त्रीय, क्ष-किरण शास्त्रीय किंवा इतर तत्सम चाचण्यासाठी आकारण्यात आलेली फी त्यामध्ये पुढील गोष्टी नमूद कराव्यात.
- अ) ज्या रुग्णालयात किंवा प्रयोग शाळेत चाचण्या घेण्यात आल्या होत्या त्या रुग्णालयाचे किंवा प्रयोगशाळेचे नांव
- ब) दवाखाना व तपासण्या खर्च
- ३) बाजारातून खरेदी केलेल्या औषधांचा खर्च (औषधांची सूची व रोखीच्या पावत्या जोडण्यात याव्यांत.)

विशेषज्ञांचा सल्ला घेणे -

विशेषज्ञाला किंवा प्राधिकृत वैद्यकिय देखभाल अधिका-याव्यतिरिक्त एखाद्या अन्य वैद्यकिय अधिका-याला देण्यात आलेली फी त्यामध्ये पुढील गोष्टी दर्शविण्यात याव्यात.

- अ) ज्याचा सल्ला घेण्यांत आला असेल त्या :
विशेषज्ञाचे किंवा वैद्यकिय अधिका-याचे नांव
व पदनाम व तो ज्या रुग्णालयाशी संलग्न
असेल त्या रुग्णालयाचे नांव
- ब) किती वेळा सल्ला घेण्यांत आला ती संख्या व :
जेव्हां सल्ला घेण्यांत आला ती तारीख व प्रत्येक
सल्ल्यासाठी आकारण्यांत आलेली फी.
क) सल्ला रुग्णालयात किंवा विशेषज्ञाच्या किंवा
वैद्यकिय अधिका-याच्या रोग चिकित्सा कक्षात
(कन्सल्टिंग रुम) किंवा रुग्णाच्या निवासस्थानी
घेण्यात आला होता किंवा कसे ?
- ड) त्या प्रातांच्या मुख्य प्रशासकीय वैद्यकिय :
अधिका-याच्या पूर्व मान्यतेने व सल्ल्याने
विशेषज्ञांचा किंवा वैद्यकिय अधिका-याचा सल्ला
घेण्यात आला होता किंवा कसे ? तसा सल्ला
घेण्यात आला असेल तर अशा अर्थाचे
प्रमाण जोडण्यात यावे.
- १०) मागणी केलेली एकूण रक्कम रु. :
११) सहपत्रांची यादी : फॉर्म A/B/C/D व औषधी देयके
१२) कुटूंबातील व्यक्तींची संख्या म्हणजेच १५ ऑगस्ट १) २)
१९६८ रोजी आणि त्यानंतर जिवंत असलेली मुले ३) ४)

कर्मचा-याने सही करुन द्यावयाचे प्रतिज्ञापत्र

मी याद्वारे जाहीर करतो / करते की, या अर्जांमध्ये केलेली निवेदने माझ्या संपूर्ण माहितीप्रमाणे विश्वासाप्रमाणे खरी असून ज्या व्यक्तीवर वैद्यकिय खर्च करण्यात आला ती व्यक्ती पूर्णपणे माझ्यावर अवलंबून आहे.
या सोबत वैद्यकीय खर्चाची मूळ प्रमाणके/कागदपत्रे (संख्या_____) कार्यालयास सादर करित असून खर्चाची प्रतिपूर्ती मंजूर करण्यास विनंती आहे.

E.mail:

भ्रमणध्वनी/दूरध्वनी क्र:

शासकीय कर्मचा-याची सही व दिनांक

(कर्मचारी) ज्या कार्यालयाशी संबंधीत आहे त्या कार्यालयाचे नांव

CERTIFICATE FORM 'C'

Certificate of expenses for emergency medical treatment is Government Servant
(To be issued by attending private practitioners)

This is to certify that,

Shri / Smit. _____

address _____

_____ employed in the

_____ as a

was treated by the _____

at _____ w.e.f.

_____ to _____ as emergency patient for the

complaints of Vital Sign observed _____

Necessary emergency investigation _____

With results _____

The Diagnosis was _____

Total expenditure (Annexure D) incurred for the treatment was Rs. _____
and details of which are given in form 'D'

Certified that after the emergency treatment the patient was advised to attend authorised
Medical (Authority) attend for treatment.

Place:

Date:

Signature of Medical Officer

Hospital Stamp

CERTIFICATE FORM 'D'

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

Name of Patient :
Date of Admission :
Date of Discharge :
Hospital Registration No. :
Bed Cat :

A)	CHARGES	w.e.f.	to	@ Rs.	
1)	i) Admission Charges				
	ii) Total Days				
2)	Surgeon Charges / Dr. Charges				
3)	Assistant Charges Dr.				
4)	Anesthesia charges				
5)	Operation Theatre Charges				
6)	O.T. Assistant Charges				
7)	Anesthesia Assistant Charges				
8)	Nursing Charges				
9)	INS. Infusion and Transfusion Charges				
10)	Visit Charges @ Rs.		Total Visits		
11)	Special Visits by Dr.				
12)	Monitor Charges				
13)	Pathology Charges				
14)	Oxygen Charges				
15)	Pulse Oxy.Charges				
16)	Radiology Charges				
	Total of (A)				

Place:

Date:

Signature of Medical Officer

Hospital Stamp

रुग्णालयातील वास्तव्याचा दाखला

दवाखान्याचे नांव :- _____

आजाराचा कालावधी :- _____

रुग्णाचे नांव :- _____

अ.क्र.	वास्तव्याचा प्रकार	दिनांक	दर	एकूण
१.	जनरल वार्ड (सर्वसासामान्य कक्ष)			
२.	जनरल वार्डाच्या सर्वसासामान्य कक्षाच्या बाजूचा बाथरूम नसलेला कक्ष (सेमी प्रायव्हेट)			
३.	बाथरूमसह स्वतंत्र कक्ष (प्रायव्हेट रुम)			
४.	बाथरूमसह डबल बेडेड कक्ष (प्रायव्हेट स्पे.रुम)			
५.	बाथरूमसह वातानुकूलित कक्ष (प्रायव्हेट ए.सी रुम)			
६.	अतिदक्षता कक्ष (आय.सी.यु.)			
७.	एन.आय.सी.यु.			
८.				
	एकूण			

स्थल :

दिनांक :

वैद्यकीय अधिका-याची सही
व रुग्णालयाचा शिक्का

CERTIFICATES

This is to certify that,

Mr./Mrs. _____

is under my treatment from _____

He/She is suffering from _____

He/She was admitted to this Hospital from _____ to _____

as an EMERGENCY CASE

Drugs prescribed to during his/her hospitalization on period wef to _____

do not contain food, Alcohol, tonic & Blood supplements.

The equipments & IV Sets, Medicines used exclusively for him only. They were not reused.

Place:

Date:

Signature of Medical Officer

Hospital Stamp

Nursing Certificate

This is to certify that Smt. /Shri _____

Admitted under my case in this hospital his condition was critical and hence required special nurse to take proper care of her / him Nursing was provided from this hospital.

Place:

Date:

Signature of Medical Officer

Hospital Stamp

विशेष परिचर्या प्रमाणपत्र

प्रमाणित _____ करण्यात येते की,
 _____ हे/हया डॉ.
 _____ यांचे _____
 _____ येथील दवाखान्यात दिनांक _____ ते _____ पर्यंत
 भरती होते/होत्या. या कालावधीत शस्त्रक्रिया करण्यात आलेली असून महाराष्ट्र राज्य
 सेवा वैद्यकीय देयक नियम १९६१ नियम २ (७-इ) नुसार नर्सिंग (परिचर्या) आवश्यक
 असल्याचे सक्षम वैद्यकीय प्राधिका-याचे प्रमाणपत्र देयकासोबत जोडणे आवश्यक
 असल्याने सदर प्रमाणपत्र देण्यात येत आहे.

वैद्यकीय अधिका-याची स्वाक्षरी
 व रुग्णालयाचा शिक्का

कुटुंबाचा तपशील

कर्मचा-याचे नांव _____

हुद्दा _____

राहण्याचा पत्ता _____

अ. नं.	सदस्यांची पूर्ण नावे	नाते	जन्मतारीख	वय	व्यवसाय

वरील दिलेल्या माहितीमधील अ.नं. १ ते पुर्णपणे माझेवर अवलंबून आहेत, व दिलेली सर्व माहिती अचूक असून त्याला मी सर्वस्वी जबाबदार राहील.

कर्मचा-याचे नांव व सही

कुटुंब प्रमाणपत्र

कार्यालयाचे नांव _____

- १) प्रमाणित करण्यात येते की, श्री. / सौ. _____ यांना
१५-८-८६ पूर्वी _____ मुले - मुली व १५-८-६८ नंतर _____ मुले - मुली आहेत.
- २) कर्मचा-यांना देण्यात येणा-या वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती सवलत संबंधातील नियमानुसार अनुज्ञेय असलेल्या सवलती मिळण्यास ते पात्र आहेत / नाहीत.
- ३) संतती नियमन शस्त्रक्रिया दि. _____ रोजी करण्यात आलेली असून सोबत प्रमाणपत्र जोडले आहे.

स्थळ

कर्मचा-याची सही

दिनांक

- खर्चाचे प्रमाणपत्र -

कर्मचा-याचे नांव _____

हुद्दा _____ संस्थेचे नांव _____

रुग्णाचे नांव _____ वय _____ वर्षे

नाते _____ सत्य प्रतिज्ञेवर प्रमाणित करतो / करते की,

_____ हे माझेवर अवलंबून असून त्यांच्या
आजारपणासाठीचा औषधोपचाराचा व हॉस्पिटलचा सर्व खर्च मी स्वतः केला आहे.

स्थळ

कर्मचा-याची सही

दिनांक

पती / पत्नी / आई / वडील सेवेत असल्याबाबत /
नसल्याबाबतचा दाखला

मी. श्री./श्रीम. _____ सत्य प्रतिज्ञेवर प्रमाणित करीतो
/करते की, माझे कुटुंबात मी एकटाच / एकटीच _____
या कार्यालयामध्ये _____ या पदावर सेवेत आहे.

माझे / माझी पती / पत्नी / आई / वडील /श्री. / सौ. _____
हे /ही कोणत्याही खाजगी / निमशासकीय / शासकीय विभागात सेवेत आहे / नाही. अथवा निवृत्ती वेतनधारक
व कुटुंबनिवृत्ती वेतनधारक आहेत / नाहीत. तसेच त्यानां कोणताही वैद्यकीय भत्ता /वैद्यकीय प्रतिपूर्ती मिळत
नाही.

ती / ते या कार्यालयामध्ये _____ या
_____ पदावर सेवेत आहेत.

कर्मचा-याची सही

कार्यालयाचे नांव _____
कोड नं. _____

- हमी पत्र -

मी _____
सत्य प्रतिज्ञेवर लिहून देतो / देते की, सदरचे वैद्यकीय प्रतिपूर्ती संबंधातील बिल लेखा परिक्षणात नामंजूर
करण्यात आल्यास वसुलीच्या रकमेची एक रकमी भरपाई करुन देईन.

तसेच मी हया दाव्यात मागणी केलेल्या रकमेसाठी कोणत्याही खाजगी अथवा शासकीय विमा
कंपनीकडे दावा दाखल केलेला नाही वा करणार नाही.

ठिकाण :

दिनांक :

कर्मचा-याची सही

अपघात प्रकरणी प्रमाणपत्र

सदर प्रकरणी मी _____ प्रमाणित करतो / करते

की, अपघाताचे स्वरूप पुढील प्रमाणे आहे :-

- १) अपघाताचे स्थळ :- _____
 - २) अपघाताची वेळ :- _____
 - ३) अपघाताचा दिनांक :- _____
 - ४) अपघाताचे कारण :- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

न्यायलयीन प्रकरणी प्रमाणपत्र

मी, _____ प्रमाणित करतो / करते की
सदर प्रकरणी न्यायलयात प्रकरण दाखल केले आहे / नाही. तसेच सदर अपघात प्रकरणी मला
अथवा माझ्या कुटुंबियांना कोणत्याही प्रकारची नुकसान भरपाई मिळाली आहे / नाही वा सदर
नुकसान भरपाईचा दावा आम्ही केलेला आहे / नाही व यापुढेही करणार आहे / नाही.

स्थळ :

दिनांक :

कर्मचा-याची सही

महिला कर्मचारी / अधिका-यांसाठी प्रमाणपत्र

वैद्यकीय देखभाल नियम १९६१ नियम ३(३) अन्वये मी, _____
 पदनाम _____ प्रमाणित करते की, माझी आई/सासू - माझे वडील/सासरे हे
 सर्वस्वी माझेवर अवलंबून असून ते माझ्याबरोबर राहात आहे. तसेच मी माझ्या कुटुंबामध्ये माझ्या
 सासू-सास-यांच्या ऐवजी आई-वडिलांची/ आई-वडिलांच्या ऐवजी सासू-सास-यांची निवड केली
 आहे. सदर विकल्पाची माझ्या सेवापुस्तकांतील नोंदीची साक्षांकित प्रत सदर प्रमाणपत्रासोबत
 जोडण्यात येत आहे.

स्थळ :-

दिनांक :-

कर्मचा-याची सही

परिशिष्ट सहा

(केवळ मधुमेह झालेल्या रुग्णांवर उपचार केले असताना द्यावयाचे प्रमाणपत्र)

याद्वारे असे प्रमाणित करण्यात येते की, श्री / श्रीमती _____
 (श्री/श्रीमती/कुमार/कुमारी) _____ यांचे/यांची
 पती / पत्नी / मुलगा / मुलगी / आई/वडिल/भाऊ/बहीण) _____
 _____ विभागाचे कर्मचारी हे माझ्या वैद्यकीय सल्ला कक्षात / रुग्णालयात
 मधुमेहाच्या रोगावर उपचार घेत असून दिनांक _____ पासून _____ पर्यंतच्या
 कालावधीत त्यांच्या रोगाची प्रारंभिक अवस्था असताना त्यावर उपचार करण्यासाठी /रुग्णालयात
 त्यांच्यावर उपचार करण्यासाठी त्यांना "इन्सुलीन", "नादीसन" वगैरे औषधे देण्यात आली होती.
 रुग्णाची प्रकृती गंभीर झाल्यामुळे त्यास रुग्णालयात ठेवणे भाग पडले. त्यांना देण्यात आलेल्या
 औषधांमध्ये अन्नघटक, मद्यार्क आणि टॉनिकांचा समावेश नाही. उपचारादरम्यान वापरण्यात आलेल्या
 साधनांचा पुर्नवापर करण्यात आलेला नाही.

त्यांच्या आजाराचे दिनांक _____ रोजी निदान झाले.

ठिकाण:
दिनांक :

अधिकृत वैद्यकीय अधिकारी
स्वाक्षरी व रुग्णालयाचा शिक्का

टिप:- प्रत्यक्ष शासकीय कर्मचा-यावरील उपचारांच्याबाबतीत प्रमाणपत्र द्यावयाचे असेल तर कंसातील
मजकूर वगळण्यात यावा.

आयकर प्रमाणपत्र

मी श्री/श्रीमती.....पद.....वय.....कार्यालयाचे
नाव.....मी आपणांस असे हमी पत्र देतो की माझे
वैद्यकीय देयकाची रक्कम रुपये एवढी असून त्यावरील नियमानुसार देय
असलेली आयकर वसूली करावयाची असल्यास त्यासाठी माझी कोणतीही हरकत नाही.

कर्मचाऱ्यांचे नाव