वैदयकीय देयके तपासणी सूची

अ.क्र	तपशील	उणिवा/ देयकातील पृष्ठक्रमांक
१.	जे वैदयकीय देयक सादर केलेले आहे त्या देयकाची मागणी यापूर्वी केलेली नाही असे संबंधित सहसंचालक उच्च शिक्षण यांचे प्रमाणपत्र आवश्यक आहे.	
२.	विभागीय सहसंचालक यांची विहित प्रपत्रातील शिफारस ५ गंभीर किंवा २७ आकस्मिक आजारानुसारच्या नोंदीनुसार परिगणना.	
३.	शासनपत्रक्रमांक संकीर्ण/२००५/(३७९/०५)/मशि-५, दिनांक १४/२/२००५ अन्वये वैदयकीय प्रतिपूर्तीबाबत मंजूरीसाठी सुधारित चेकलिस्ट मधील परिपूर्ण माहिती भरण्यात यावी व त्यावर प्राचार्य व विभागीय सहसंचालक यांची स्वाक्षरी व शिक्का असणे आवश्यक आहे.	
४.	जिल्हा शल्य चिकीत्सक यांचे प्रमाणपत्र सदर प्रमाणपत्रामध्ये आजाराचे नांव, आजाराचा क्रमांक व सदर आजार ५ गंभीर पैकी आहे की २७ आकस्मिक आजारांपैकी आहे याचा उल्लेख असणे आवश्यक आहे. याबाबत सहसंचालक यांनी खात्री करणे आवश्यक आहे. नसल्यास त्याची पूर्तता करुन मगच देयक सादर करावे. त्यानुसारच परिगणना करण्यात यावी.	
५.	जिल्हा शल्य चिकीत्सक यांचे प्रमाणपत्र व शासनास रक्कम प्रदान केल्याची पावती.	
६.	जिल्हा शल्य चिकीत्सक यांचे प्रमाणपत्रात उपचार करण्यात आलेला आजार कोणता आहे त्याचे नांव	
७.	मूळ डिस्चार्ज कार्ड/डेथ समरी	
८.	बाहयरुग्ण उपचारासाठी तक्ता अ व ब परिपूर्ण भरलेला आहे का?	
९.	वैदयकीय देयकाच्या कागदपत्रांना पृष्ठक्रमांक देण्यात यावेत.	
१०.	पृष्ठक्रमांकानुसार कागदपत्रे देण्यात यावीत.	
११.	आंतररुग्ण उपचारासाठी तक्ता क व ड परिपूर्ण भरलेला आहे का? त्यावर डॉक्टरांची सही शिक्का आहे का? प्राचार्यांची सही व शिक्का आहे का?	
१२.	तक्ता ड मध्ये नमूद केलेली रक्कम तक्ता क मध्ये भरलेली आहे का याची खात्री करावी.	
१३.	अंतिम देयकातील रक्कमेनुसार तक्ता ड भरलेला आहेक, तसेच औषधोपचाराच्या पावत्यांची एकूण रक्कम व अंतिम देयकाच्या रकमेची बेरीज करुन परिगणना करण्यात आली आहे का?	
१४.	विहीत प्रपत्रातील रुग्णालयातील वास्तव्याचा दाखला आहे का? त्यात वास्तव्याचा प्रकार, किती दिवस वास्तव्य होते व त्यासाठी आकारण्यात येणारा दर नमूद केला आहे का? त्यानुसार परिगणना करण्यात यावी.	
१५.	मूळ अंतिम देयक सादर करण्यात यावे. मूळ अंतरिम देयक सादर करण्यात यावे.	
१६.	सदर कर्मचारी सेवानिवृत्त झाला असेल आणि त्यास सेवानिवृत्तीचे वय ६० वरुन ६२ नुसार मुदतवाढ मिळाली असल्यास तसे प्रस्तावात नमूद करुन शासन आदेशाची प्रत जोडावी.	
१७.	ॲडव्हान्स भरलेल्या मूळ पावत्या सादर करण्यात याव्यात.	
१८.	अंतिम देयकाची मूळ स्टॅम्प रिसीट सादर करण्यातयावी.	
१९.	आंतररुग्ण कालावधीतील औषधोपचाराच्या मूळ पावत्या सोबत जोडाव्यात.	
२०.	आंतररुग्ण कालावधीतील औषधोपचाराच्या पावत्यांची एकूण रकमेसह दिनांकनिहाय यादी सोबत जोडण्यात यावी.	
२१.	रुपये ५०००/- रकमेच्या पुढील पावत्यांवर रेव्हेन्यू स्टॅम्प आहेत का याची खात्री करावी.	

२२.	रुग्णालयाचे ईमर्जन्सी सर्टिफिकेट व औषधांमध्ये अल्कोहोल आणि टॉनिक वापरले नसल्याचे रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र	
२३.	कर्मचारी महाविद्यालयात १०० टक्के अनुदानित पदावर कायम स्वरुपी कार्यरत असल्याचे सहसंचालक व महाविदयालयाचे प्रमाणपत्र	
२४.	महाविदयालय १०० टक्के अनुदानावर असल्याबाबत सहसंचालक व महाविदयालयाचे प्रमाणपत्र	
२५.	कर्मचा-याचा पगाराचा दाखला वेतनश्रेणीसह, प्राचार्यांच्या स्वाक्षरीने देण्यात यावा. प्राचार्यांचे देयक असल्यास संस्थेचे अध्यक्ष/सचिव व विभागीय सहसंचालक यांनी पगाराचा दाखला साक्षांकित करणे आवश्यक आहे.	
२६.	प्राचार्यांचे देयक असल्यास आवश्यक सर्व कागदपत्रांवर संस्थेचे अध्यक्ष/सचिव यांच्या स्वाक्षरीने देयक सादर करावे व सदर देयक विभागीय सहसंचालक यांनी साक्षांकित करणे आवश्यक आहे.	
२७.	लेखा परीक्षणात त्रुटी आढळल्यास वसूलीच्या रकमचे भरपाई स्वतः करीन असे कर्मचा-याची हमीपत्र देण्यात यावे.	
२८.	स्वाक्षांकित केलेली शिधापत्रिकेची छायांकित प्रत	
२९.	कुटुंब मर्यादित असल्याबाबतचे प्रमाणपत्र. त्यात अपल्यांच्या जन्म दिनांकाची नोंद असणे आवश्यक आहे.	
३०.	कर्मचा-यांच्या कुटुंबातील ज्या व्यक्तीवर उपचार करण्यात आले त्याच्या उपराचारावरील सर्व खर्च कर्मचा-याने स्वतः केला असल्याचे प्रमाणपत्र.	
३१.	अग्रीम घेतले आहे का, अग्रीम घेतले असल्यास ६ महिन्यांच्या आत देयक सादर केले किंवा नाही, केले नसल्यास अग्रीम आदेशातील अर्टीनुसार कार्यवाही करुन देयक सादर करण्यात यावे.	
३२.	ज्या आजारासाठी शासनमान्य रुग्णालयात उपचार घेतले त्याच आजारासाठी रुग्णालयास शासनाची मान्यता आहे काय, मान्यता असल्यास शासन निर्णयाची प्रत सादर करण्यात यावी व स्वतंत्र शासन निर्णय असल्यास त्याची प्रत ही सादर करण्यात यावी.	
३३.	कर्मचा-याचे आई किंवा वडीलांच्या उपचाराचे देयक असल्यास कर्मचा-याचे आई किंवा वडील सेवानिवृत्ती वेतन घेत आहे का? असल्यास त्यांचे सेवानिवृत्ती वेतन किती आहे याची खात्री करुन शासन निर्णयातील तरतूदीनुसार देयक सादर केले आहे का?	
३४.	शासन निर्णय क्रर्मांक एमएजी/१०९९/प्र.क्र.२२०/९९/आ.३, दि.२० फेब्रुवारी २००३ मधील तरतूदीनुसार आई वडीलांच्या आणि अविवाहित व घटस्फोटित बहिणीच्या संदर्भात देयक अनुज्ञेय आहे का याची तपासणी करण्यात यावी व आवश्यक असले तरच देयक सादर करण्यात यावे.	
३५.	आई/वडील सेवा निवृत्ती वेतन घेत नसेल तर तसे प्रमाणपत्र	
३६.	पत्नी शासकीय/निमशासकीय सेवेत असल्यास तेथे देयकाची मागणी केली नसल्याबाबत संबंधित कार्यालयाचे प्रमाणपत्र	
३७.	अपघातासंबंधीच्या वैदयकीय खर्चाच्या प्रतिपूर्ती संदर्भात नुकसान भरपाईचा दावा न्यायालयात प्रलंबितआहे किंवा कसे असल्यास पोलिस स्टेशन मधील एफआयआर ची प्रत.	
३८.	महाराष्ट्र राज्य सेवा (वैदयकीय देखभाल) नियम, १९६१ मधील नियम ११ अन्वये वैदयकीय प्रतिपूर्ती मिळणेसाठी दावा विहित कालावधीत केला आहे किंवा कसे, याबाबत संबंधित कार्यालयाचे प्रमाणपत्र/समर्थन व कर्मचा-याने महाविदयालयाकडे दिलेल्या पत्राची दिनांकासह प्रत.	

३९.	छायांकित प्रतीतील देयक.	
४०.	सर्व पावत्यांवर पेड बाय मी म्हणून कर्मचा-याची स्वाक्षरी आवश्यक.	
४१.	ज्या रुग्णालयात उपचार घेतले आहेत त्या रुग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक व शिक्का.	
४२.	ज्या डॉक्टरांनी उपचार केले आहेत त्या डॉक्टरांचा नोंदणी क्रमांक व शिक्का.	
४३.	रुग्णास रक्तपुरवठा केला असल्यास शासन निर्णय दि.२३.५.१९९४ नुसार परिगणना केली आहे काय?	
४४.	मुख्यमंत्री/प्रधानमंत्री निधी, विमा कंपनी किंवा इतर संस्था यांचेकडून आर्थिक सहाय्य/अग्रीम घेतले आहे काय?	
४५.	रुग्ण कर्मचा-यावर अवलंबून असल्याचे प्रमाणपत्र.	
४६.	नर्सिंग सेवा घेतली असल्यास तसे डॉक्टरांचे प्रमाणपत्र जोडलेले आहे का?	
४७.	औषधांचे प्रिस्क्रीप्शन जोडणे आवश्यक आहे.	
४८.	त्रुटींची पूर्तता केल्यावर सदर कागदपत्रे देयकाच्या शेवटी लावून त्यांना पुढील पृष्ठक्रमांक देण्यात यावेत. तसेच त्रुटी पूर्तता केलेल्या प्रकरणी पत्रामध्ये संदर्भात संचालनालयाचा पत्रक्रमांक व दिनांक नमूद करणे अत्यावश्यक आहे.	
४९.	एकाच कर्मचा-याची दोन वेगवेगळया कालावधीची वैदयकीय देयके असल्यास ती स्वतंत्रपणे सादर करावीत.	
५०.	ड तक्त्यात नमूद केलेल्या रकमेच्या पावत्यांचा तपशील पुढीलप्रमाणे देण्यात यावा. विवरणपत्रातील बीलांची/प्रमाणकांची एकूण रक्कम ड प्रपत्रातील एकूण रकमेशी जुळणे आवश्यक आहे.	

अ.क्र.	ड तक्त्यामधील तपशील	बील/प्रमाणक क्रमांक	दिनांक	रक्कम	पृष्ठक्रमांक
एकूण					

कुटुंबाचा दाखला

दाखला देण्यात येतो की, श्री. ---------------------------------------हे आमच्या महाविद्यालयांत ---------------------------------- म्हणून काम करीत असून त्यांचे कुटूंब मर्यादित असून, त्यांनी दिलेल्या लिखीत माहितीच्या आधारे त्यांचे कुटुंबात खालील प्रमाणे व्यक्ती आहेत.

अ.क्र.	नांव	वय	अर्जदाराशी नांते

स्थळ : ----------------

दिनांक :----------------

प्राचार्य

FORM "C"

CERTIFICATE OF EXPENSES FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT TO GOVERNMENT SERVANT

(To be issued by attending private practitioner)

This is certify that Shri./Smt.

Wife/ Husband/Son Daughter/ Father/ Mother/ Sister of Shri./Smt.________________

______________________________ Address : ....

__________________________ employed in the .... as .... was treated

by the from .... as an emergency patient .

For the complaints of ________________________________

____

Vital Sign observed ________________________________

____

Necessary emergency ______________________________

Investigation with results ________________________

The Dragons was ________________________________

Total expenditure (Annexure "D") incurred for the treatment was Rs. __________/-
And details of which are given in Form "D"

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

Date : Signature ___________________________

Place : Panvel. Name of t he Doctor _________________

Name of Hospital ____________________

FORM "D"

CERTIFICATE OF EXPENSES IN INCURRED (IN DETAILS) FOR THE GOVERNMENT SERVANT FOR EMERGENCY IN PRIVATYE HOSPITAL

(To be filled in by treating doctor and to be attached to Annexure "C")

Name of patient :

Date of admission Date of Discharge

Hospital Reg. No. :

A) 1) Consultation =

2) Indoor charges from .... total days ..... **days**

at the rate of Rs. ..../- per days ..../-

3) Operation Charges ___________

4) Operation theatre Charges ___________

5) Anesthesia Charges _______________

6) Visit's a) Routine No 09 at Rs........../- per visit Rs. ..../-

b) Special

Refe to Dr. ___________ No. _____ at Rs ______ per visit

7) Use of incubator at Rs _____________ per day for ________ days.

8) Use of Monitor at Rs._____________ per day for __________ days.

9) Investigation : a) Pathology Lab. Rs. _________

b) X- Rays **Rs.** ..../-

No.____________ c) ECG ___________ at Rs ____________ erp ECG

d) Other ____________________

B) Medicines :

Sr.No.	Name of Medicine	Cost of Medicine
List of Name & Bill of Medicine is attached separately		

Total :

Grant Total 9A+B) :

वैद्यकिय अधिका-याने द्यावयाचे प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की हे रूग्णालयात दिनांक .... रोजी ॲडमीट झाले असून त्यांची नोंद या रूग्णालयाचे रजिस्टरमध्ये नोंद केली आहे व त्यांना दिनांक .... या कालावधित या रूग्णालयात ०१ कक्ष देण्यात आला होता व त्यासाठी दर रूपये ....प्रतीदिनी प्रमाणे रूपये .... प्राप्त झाले आहेत.

वैद्यकीय अधिकारी नाव व शिक्का

(८)

रूग्णालयातील वास्तव्याचा दाखला

रूग्णांचे नाव :–

आजाराचा कालावधी :– दि. ______________ ते दि. ______________

रूग्ण क्रमांक :– ______________

दवाखान्याचे नाव . ______________

अ.क्र.	वास्तव्याचा प्रकार	दिवस	दर	एकूण
1	जनरल वॉर्ड (सर्वसामान्य कक्ष)			
2	जनरल वॉर्डच्या (सर्वसामान्य कक्षाच्या) बाजूस बाथरूम नसलेला कक्ष			
3	बाथरूमसह स्वतंत्र कक्ष			
4	बाथरूमसह डबल बेड कक्ष			
5	बाथरूमसह वातानुकूलीत कक्ष			
6	अतिदक्षता कक्ष (आयसीयु कक्ष)			

ठिकाण :–

दिनांक :–

शिक्का

(वैद्यकीय अधिकारी)

प्रमाणपत्र

दाखला देण्यात येतो की श्री. -------------------- हे आमच्या महाविद्यालयांत -- म्हणून काम करीत असून त्यांना त्यांच्या -------------------- शस्त्रक्रिये करीता महाविद्यालय व शासनाकडून कोणत्याही प्रकारची अग्रीम रक्कम अदा करण्यांत आलेली नाही.

स्थळ :

दिनांक : प्राचार्य

(२)

हमीपत्र

वैद्यकीय खर्चाची प्रतिपूर्ती करण्याकरीता (मेडिकल रिऐंबर्समेंट) मी अर्ज केला आहे. सदर वैद्यकीय खर्चाची प्रतिपूर्ती काही कारणाने शासनाने अवैध ठरविली तर मला मिळालेली सदर रक्कम मी एकरकमी विनाविलंब शासकीय कोषागरातं भरीन या साठी मी हे हमीपत्र लिहून देत आहे.

(--------------------)

ठिकाण :

तारीख :

कुटुंबाचा दाखला

दाखला देण्यात येतो की, श्री. ------------------------------------हे आमच्या महाविद्यालयांत ---------------------------------- म्हणून काम करीत असून त्यांचे कुटूंब मर्यादित असून, त्यांनी दिलेल्या लिखीत माहितीच्या आधारे त्यांचे कुटुंबात खालील प्रमाणे व्यक्ती आहेत.

अ.क्र.	नांव	वय	अर्जदाराशी नांते
१)			
२)			
३)			
४)			
५)			
६)			
७)			

स्थळ : ----------------

दिनांक :----------------

प्राचार्य

CERTIFICATE

Certified that Shri/Smt.--- was admitted in our hospital from ----------------------To--------------------- an emergency case. During this period she/he was not prescribed any drugs containing TONIC and ALCHOL.

Authorised Medical
Attendant

CERTIFICATE

Certified that equipments / appliances purchase by Shri/Smt. ------ -------------------------------------were essential for the operation and same were used for him, and will not be reused in future.

Authorised Medical
Attendant

अवलंबीत प्रमाणपत्र

मी श्री / श्रीमती ---

-- प्रमाणित करतो की माझे / माझी पत्नी /

आई / वडील / मुले --

ही कुठल्याही निमशासकीय अथवा खाजगी सेवेत नाकरीस नसून ते पूर्णपणे माझ्यावर अवलंबून आहेत.

सही

समक्ष

: प्रमाण पत्र:

मी, श्री/श्रीमती ———————————— पद ———— कार्यालय ——— —— —————————————— प्रमाणित करतो / करते की, माझा / माझ्यावर अवलंबित कुटुंबियापैकी आई/वडील/ पत्नी/ मुलगा/ मुलगी/ श्री/ श्रीमती ———————————— यांच्या / हिच्या वैद्यकीय उपचारादाखल खर्च केलेल्या व सध्या वैद्यकीय खर्चाची प्रतिपूर्ती होण्याकरीता सादर केलेल्या देयकातील रकमेची कोणत्याही स्वरूपात किंवा अंशीक प्रमाणात शासकीय/ सामाजिक/ धर्मदाय किंवा अन्य इतरत्र सेवा भावी संस्था यांचेकडे मागणी केलेली नाही. किंवा मी वैद्यकीय खर्चापोटी खर्च केलेली रक्कम घेतलेली नाही.

स्थळ :

दिनांक:

सही

(श्री/ श्रीमती ———————)

: प्रमाण पत्र:

मी, श्री/श्रीमती ———————————— पद ———— कार्यालय ——— —— ———————————— प्रमाणित करतो / करते की, माझा / माझ्यावर अवलंबित कुटुंबियापैकी आई/वडील/ पत्नी/ मुलगा/ मुलगी/ श्री/ श्रीमती ———————————— यांच्या / हिच्या वैद्यकीय उपचारादाखल खर्च केलेल्या व सध्या वैद्यकीय खर्चाची प्रतिपूर्ती होण्याकरीता सादर केलेल्या देयकातील रकमेची कोणत्याही स्वरूपात किंवा अंशीक प्रमाणात शासकीय/ सामाजिक/ धर्मदाय किंवा अन्य इतरत्र सेवा भावी संस्था यांचेकडे मागणी केलेली नाही. किंवा मी वैद्यकीय खर्चापोटी खर्च केलेली रक्कम घेतलेली नाही.

स्थळ :

दिनांक:

सही

(श्री/ श्रीमती ————————)