

कार्यालय सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक
जिला चिकित्सालय रायपुर छ.ग.

क्रमांक / एम. / 2016 /

रायपुर / दिनांक /

प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री..... पदनाम..... द्वारा एवं कार्यालय का नाम कराये गये उपचार राज्य के अंदर/बाहर मान्यता प्राप्त/ गैर मान्यता प्राप्त निजी अस्पताल..... से दिनांक.....सेतक (प्रत्येक भर्ती अवधि का अलग-अलग प्रमाण पत्र में आंकलन किये जावे) कराये गये उपचार देयकों का आंकलन छत्तीसगढ़ चिकित्सा परिचर्चा नियम 2013 के अनुसार केन्द्रीय शासन स्वास्थ्य सेवायें नई दिल्ली द्वारा जारी बी-1 श्रेणी के शहर हेतु समय-समय पर निर्धारित दर अथवा वास्तविक व्यय जो भी कम है के अनुसार किया गया है जिसकी विवरण निम्नानुसार है:-

क्र.	विवरण	आवेदक द्वारा प्रस्तुत की गई राशि	सी.जी.एच.एस. दर अनुसार प्रतिपूर्ति योग्य राशि			सी.जी.एच.एस. (सरल क्रमांक 4 में ली गई राशि सी.जी.एच.एस. दर लिस्ट के किस सरल क्रमांक से ली गई उसका उल्लेख)
			संख्या	दर	कुल राशि	
1	2	3	4			5
2	कन्सलटेन्सी शुल्क		संख्या	दर	कुल राशि	
3	जांच / परीक्षण (अलग-अलग जांच हेतु अलग-अलग कॉलम बनाकर राशि का उल्लेख करें)		जांच की संख्या	दर	कुल राशि	सरल क्रमांक सरल क्रमांक सरल क्रमांक
4	रूम शुल्क		आई.सी.यू वेन्टीलेटर अन्य विवरण)	दिन	दर	सरल क्रमांक..... सरल क्रमांक..... सरल क्रमांक.....
5	ऑपरेशन शुल्क (प्रोसीजर का नाम लिखें) PTC					सरल क्रमांक.
6	औषधियों पर व्यय					
7	Anaesthesia					
8	Nursing					
9	Blood Bank					
10	अन्य व्यय, जो शासन के नियमानुसार प्रतिपूर्ति योग्य हो, को आगे कॉलम बनाकर उल्लेख करें ।					
	कुल राशि					

उपरोक्तानुसार पारित योग्य कुल व्यय राशि रूपये(रु.) उपरोक्त प्रतिहस्ताक्षरित राशि में पूर्व एवं बाद के ओ.पी.डी. के देयकों को नहीं जोड़ा गया है (ओपीडी हेतु अलग से प्रमाण पत्र जारी किया गया है) छ.ग. चिकित्सा परिचर्चा नियम 2013 का पालन करते हुये कार्यवाही करें ।

हस्ताक्षर सील सहित