

प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है मेरे द्वारा का चिकित्सा उपचार किया गया है, जो मुझ पर पूर्ण रूप से अश्रित हैं, तथा किसी राजकीय/अराजकीय सेवा में कार्यरत् नहीं हैं। उक्त दावा भुगतान हेतु प्रथम बार प्रस्तुत किया जा रहा है, पूर्व में कोई अग्रिम नहीं लिया गया है तथा अन्य किसी स्रोत से दावे का प्रतिपूर्ति नहीं की गई है।

# "स्वयं की चिकित्सा हेतु"

## प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है मेरे द्वारा स्वयं का चिकित्सा उपचार किया गया है, उक्त दावा भुगतान हेतु प्रथम बार प्रस्तुत किया जा रहा है, पूर्व में कोई अग्रिम नहीं लिया गया है तथा अन्य किसी स्रोत से दावे का प्रतिपूर्ति नहीं की गई है।

प्रमाण-पत्र



**अनिवार्यता प्रमाण-पत्र**  
**बाह्य रोगी/अन्त रोगी के रूप में उपचार हेतु**

1. मैं डा०.....प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी.....  
.....पत्नी/पुत्र/पुत्री/माता/पिता/पति.....विभाग.....जो.....  
.....रोग से पीड़ित हैं/थे व मेरे उपचार में बाह्य रोगी के रूप में तथा/अथवा अन्तः रोगी के रूप में  
दिनांक.....से.....तक रहें।

2. मेरे द्वारा विहित औषधि व परीक्षण जो संलग्न बाउचार के अनुसार है, रोगी के स्थिति में सुधार/निवारण के लिये आवश्यक थी। इस में ऐसी औषधि सम्मिलित नहीं है, जिसके लिये समान थैरोप्यूटिक एफेक्ट वाला सस्ता पदार्थ उपलब्ध है न ही वह विनिर्मित सामग्री सम्मिलित है जो प्राथमिक रूप से खाद्य पदार्थ, टायलेटरीज व डिसइन्फेक्टेन्ट है।

उपचार पर व्यय का विवरण:

औषधि पर व्यय	रु०.....
ख) पैथोलोजिकल परीक्षण पर व्यय	रु०.....
(ग) रेडियोलोजिकल परीक्षण पर व्यय	रु०.....
(घ) विशेष क्रिया पर व्यय	रु०.....
(च) शल्य क्रिया पर व्यय	रु०.....
(छ) अन्य व्यय (विवरण सहित)	रु०.....
<b>योग</b>	रु०.....

3.रोगी को चिकित्सालय में भर्ती कर उपचार किये जाने की आवश्यकता थी/नहीं थी।

संलग्नक:- मेरे द्वारा उपरोक्त सत्यापित/अभिप्रमाणित बिल/बाउचर संख्या.....

हस्ताक्षर

चिकित्सक या शल्य चिकित्सक  
नाम योग्यता सहित सील

आकस्मिक स्थिति में बिना संदर्भण के अराजकीय चिकित्सालय में उपचार प्राप्त करने की दशा में प्रमाण-पत्र प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी.....जो.....  
.....रोग से पीड़ित था/थी एवं उन्हें आकस्मिक स्थिति में तत्काल चिकित्सा उपचार की आवश्यकता थी व मेरे उपचाराधीन है/रहे।

प्रतिहस्ताक्षर

हस्ताक्षर प्राधिकृत चिकित्सक

चिकित्सक या शल्य चिकित्सक  
नाम योग्यता सहित सील

प्रतिहस्ताक्षर कर्ता अधिकारी

मैं प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमार.....ने.....  
चिकित्सालय में उपचार किया तथा दी गई चिकित्सा सुविधा आवश्यक उपचार हेतु न्यूनतम थी तथा परीक्षण चिकित्सा परिचर्या नियमावली/संगत शासनादेशों के प्राविधानों के अनुसार किया गया है तथा प्रतिपूर्ति हेतु जो दरें प्रमाणित की गयी हैं, वे नियमानुसार वास्तविक दरे हैं।

प्रतिहस्ताक्षर कर्ता अधिकारी