

आयुष्मान भारत उत्तराखण्ड योजना के अन्तर्गत (समस्त कार्मिको / पेंशनर्स हेतु) राज्य सरकार स्वास्थ्य योजना के अन्तर्गत प्रदान किये गये चिकित्सकीय उपचार हेतु अनिवार्यता प्रमाण पत्र:

वाह्य/ अन्तः रोगी के रूप में उपचार हेतु

मैं डा०
प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी.....
पत्नी/पुत्र/पुत्री/माता/पिता.....
कर्मचारी/पेंशनर पंजीकृत संख्या..... विभाग
जो..... रोग से पीड़ित हैं/थे, का उपचार दिनांक
से तक वाह्य/अन्तः रोगी के रूप में
चिकित्सालय से मेरे द्वारा किया गया है/था।

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

3. उपचार पर व्यय का विवरण:-

(क) परामर्श शुल्क	रु०.....
(ख) औषधि पर व्यय	रु०.....
(ग) पैथोलोजिकल परीक्षण पर व्यय	रु०.....
(घ) रेडियोलोजिकल परीक्षण पर व्यय	रु०.....
(ङ) विशेष परीक्षण पर व्यय	रु०.....
(च) शल्य क्रिया पर व्यय	रु०.....
(छ) अन्य व्यय (विवरण सहित)	रु०.....
योग	रु०.....

4. रोगी को चिकित्सालय में भर्ती कर उपचार किये जाने की आवश्यकता थी/नहीं थी।
संलग्नक:- मेरे द्वारा उपरोक्त सत्यापित/अभिप्रमाणित बिल/बाउचर संख्या.....

सम्बन्धित चिकित्सालय में चिकित्सक द्वारा किये गये उपचार के सम्बन्ध में प्रमाण पत्र

- (1) प्रमाणित किया जाता है कि श्री /श्रीमती/कुमारी..... जो..... रोग से पीड़ित था/थी एवं उसका चिकित्सा उपचार मेरे द्वारा किया गया/जा रहा है।
- (2) प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी..... का चिकित्सा उपचार वर्तमान में नवीतम प्रचलित चिकित्सा पद्धति के निर्धारित मापण्डों के आधार पर किया गया है।
- (3) चिकित्सालय द्वारा राज्य सरकार स्वास्थ्य योजना के अन्तर्गत सी० जी०एच०एस० की दरों के अनुसार रोगी द्वारा कराये गये उपचार की धनराशि प्राप्त कर ली गयी है, जिसकी प्रतिपूर्ति रोगी को की जा सकती है।
- (4) चिकित्सालय में श्री/श्रीमती/कुमारी..... को उपलब्ध करायी गई चिकित्सा सुविधा आवश्यक एवं उपचार हेतु न्यूनतम है/थी।

प्रतिहस्ताक्षर

हस्ताक्षर (दिनांक सहित)

प्राधिकृत चिकित्सक
सम्बन्धित चिकित्सक एवं चिकित्सा केन्द्र/संस्थान का प्रमुख

चिकित्सक
(नाम योग्यता मोहर सहित)

सूचीबद्ध चिकित्सालयों से ओपीडी उपचार हेतु:-

- (1) सूचीबद्ध चिकित्सालयों में ओपीडी उपचार की दशा में अनिवार्यता प्रमाण पत्र परामर्शी चिकित्सक द्वारा हस्ताक्षरित एवं चिकित्सालय के मुख्य/प्रभारी चिकित्साधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित किया जायेगा।
- (2) गैर सूचीबद्ध चिकित्सालयों में ओपीडी उपचार की दशा में अनिवार्यता प्रमाण पत्र परामर्शी चिकित्सक द्वारा हस्ताक्षरित तथा जिला/उप-जिला चिकित्सालय के प्रमुख (मुख्य चिकित्साधीक्षक/चिकित्साधीक्षक) द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित किया जायेगा।

आकस्मिकता की स्थिति में गैर सूचीबद्ध चिकित्सालयों में अन्तः रोगी उपचार (आईपीडी) की दशा में प्रतिहस्ताक्षर कर्ता अधिकारी, महानिदेशक, चिकित्सा एवं पथक, उत्तराखण्ड अथवा उनके द्वारा नामित अधिकारी द्वारा प्रदत्त प्रमाण पत्र:

मैं प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी

का चिकित्सालय में उपचार किया

गया। उपचारकर्ता को दी गई चिकित्सा सुविधा आवश्यक एवं उपचार हेतु न्यूनतम थी। उपचारकर्ता को चिकित्सा प्रतिपूर्ति

योग्य निर्धारित धनराशि सीजीएचएस की दरों के अनुसार है।

हस्ताक्षर

प्रतिहस्ताक्षर कर्ता अधिकारी।