



Estd. 1962

"A++" Accredited by
NAAC(2021)with
CGPA3.52

शिवाजी विद्यापीठ ,कोल्हापूर

विद्यापीठामध्ये कार्यरत असलेले शिक्षक व शिक्षकेत्तर कर्मचारी यांनी
केलेल्या वैद्यकीय खर्चाचा परतावा मिळण्यासाठी
शासनास सादर करावयाचा प्रस्ताव

शिक्षक / कर्मचार्याचे नांव : _____

पदनाम : _____

अधिविभाग /विभागाचे नांव : _____

भ्रमणध्वनी (मोबाईल) क्रमांक : _____

तपासणी सुची

अ.क्र.	तपासावयाचे मुद्दे	सोबत जोडले आहे किंवा नाही याबाबत खुलासा	पृष्ठ क्रमांक
१	मागणीकर्त्याचे नाव व पदनाम		
२	रूग्णाचे नाव व नाते		
३	उपचार घेतलेल्या रूग्णालयाचे नाव		
४	उपचार घेतलेले रूग्णालय शासनमान्य आहे किंवा कसे ? (Bombay Nursing Home Act)		
५	आंतररूग्ण कालावधी	दि. / / ते दि. / /	
६	औषधाच्या पावत्या आंतररूग्ण कालावधी व्यतिरिक्त आहेत किंवा कसे ?		
७	रूग्णाचा आजार		
८	सक्षम वैद्यकीय देखभाल अधिका-याचे आजाराबाबतचे प्रमाणपत्र		
९	नमुना क व ड मधील प्रमाणपत्र		
१०	खरेदी केलेल्या औषधांच्या प्रमाणित केलेल्या पावत्या.		
११	डिस्चार्ज सर्टीफिकेट / कार्ड		
१२	प्रस्तावातील एकूण पृष्ठ संख्या.		
१३	एकूण मागणी रक्कम.		

कर्मचार्याची सही व पूर्ण नाव.

()

महत्वाच्या सूचना :

- १) प्रस्तावासोबत रेशनकार्डची व पगार स्लीपची छायांकित प्रत साक्षांकित करून जोडावी.
- २) प्रस्तावासोबत जोडलेल्या सर्व बिलांवर (Paid by me) असे लिहून स्वाक्षरी करावी.
- ३) प्रस्तावासोबत रूग्णालय शासनमान्य असल्याचे प्रमाणपत्र जोडावे. (Bombay Nursing Home Act)
- ४) प्रस्तावातील प्रपत्र सी, ईमर्जन्सी सर्टीफिकेट, मेडिकल सर्टीफिकेट व डिस्चार्ज सर्टीफिकेट यांना फ्लॅग लावावेत.
- ५) मुळ प्रस्ताव फाईलमध्ये घालून त्याची एक छायांकित प्रत अशा दोन प्रती आस्थापना विभागात जमा कराव्यात.

शासनमान्य आजारांची यादी

परिशिष्ट अ

सार्वजनिक आरोग्य विभाग, महाराष्ट्र शासनाच्या क्र.एमएजी २००५/९/प्र.क्र.१/आ.३ दि. १९/०३/२००५ च्या शासन निर्णयातील सहपत्र.

अ.क्र.	शासन विनिर्दिष्ट एकूण २७ आकस्मिक आजारांची यादी
१	हृदयविकाराचा झटका (Cardiac Emergency), प्रमस्तिक संहनी (Cerebral Vascular), फुफुसाच्या विकाराचा झटका (Pulmonary Emergency), अँजिओग्राफी चाचणी
२	अति रक्तदाब (Hypertension)
३	धनुर्वात (Tetanus)
४	घटसर्प (Diphtheria)
५	अपघात (Accident), आघात संलक्षण (Shock Syndrome), हृदयाशी आणि रक्तवाहिनीशी संबंधीत (Cardiological and Vascular)
६	गर्भपात (Abortions)
७	तीव्र उदर वेदना / आंत्र अवरोध (Acute Abdominal Pains / Intestinal Obstruction)
८	जोरदार रक्तस्राव (Severe Hemorrhage)
९	गॅस्ट्रो - एन्ट्रायटिस (Gastro - Enteritis)
१०	विषमज्वर (Typhoid)
११	निश्चतेनावस्था (Coma)
१२	मनोविकृतीची सुरुवात (Onset of Psychiatric Disorder)
१३	डोळ्यातील दृष्टीपटल सरकणे (Retinal Detachment in the Eye)
१४	स्त्रीरोगशास्त्र आणि प्रसूतीशास्त्र संबंधीत यांच्याशी आकस्मिक आजार (Gynecological and Obstetric Emergency)
१५	जननमुत्र आकस्मिक आजार (Genito Urinary Emergency)
१६	वायु कोथ (Gas Gangrene)
१७	कान, नाक, किंवा घसा यामध्ये विजातीय पदार्थ गेल्यामुळे निर्माण झालेले आकस्मिक आजार (Foreign body in Ear, Nose or Throat Emergency)
१८	ज्यामध्ये तातडीने शस्त्रक्रिया करणे आवश्यक असते अशा जन्मजात असंगती (Congenital Anomalies requiring urgent surgical Intervention)
१९	ब्रेन ट्युमर (Brain Tumor)
२०	भाजणे (Burns)
२१	अपस्मार / फेफरे (Epilepsy)
२२	तीव्र काचबिंदू (Acute Glaucoma)
२३	मज्जारज्जू संबंधातील आकस्मिक आजार
२४	उष्माघात
२५	रक्तासंबंधातील आजार
२६	प्राणी चावल्यामुळे होणारी विषबाधा
२७	रसायनामुळे होणारी विषबाधा
२८	कोविड-१९
अ.क्र.	शासन विनिर्दिष्ट एकूण ५ गंभीर आजारांची यादी
१	हृदय शस्त्रक्रियांची प्रकरणे (Heart Surgery)
२	हृदय उपमार्ग शस्त्रक्रिया (Bye Pass Surgery)
३	अँजिओप्लास्टी शस्त्रक्रिया
४	मुत्रपिंड प्रतिरोपण शस्त्रक्रिया (Kidney Transplantation)
५	रक्ताचा कर्करोग (Blood Cancer)



SHIVAJI UNIVERSITY, KOLHAPUR.

Form of application for claiming refund of Medical Expenses incurred in connection with Medical Attendance and/or treatment of State Government Servants and their Family.

(N. B. : Separate form should be used for each patient.)

1	Name & Designation of the Govt. Servant (in Block letter)	
2	Office in which employed	SHIVAJI UNIVERSITY, KOLHAPUR
3	Pay of Govt. servant as defined in the P.R. and any other emoluments which should be shown separately.	Basic Pay : Grade Pay : Total Pay :
4	Place of duty	KOLHAPUR
5	Actual Residential Address	
6	Name of the patient and his/her relationship to the Govt. Servant. N. B. : In case of children state the age also	
7	Place at which the Patient fell ill	
8	Nature of illness	
	Duration of illness	Date: / / to Date : / /
	Details of the amount claimed Medical Attendance	Rs.
	i) Fees for consultation indicating	Rs.
	a) The name & designation of the Medical Officer consulted and the Hospital or Dispensary to which detached	
	b) the number and dates of consultation and fees paid for each consultation	
9	c) Whether consultation were/had at the hospital at the consulting room of the Medical Officer or at the residence of the patient.	
	ii) Charges for pathological, bacteriological, radiological or other similar tests undertaken during diagnosis including.	Rs.
	a) the name of the hospital or laboratory where the tests were undertaken.	

	b) Whether the test was undertaken on the advice of the authorized medical attendant. If so, a certificate to that effect should be attached.	
	iii) Cost of Medicines purchased from the Market (list of medicines, cash memos should be attached.)	Rs.

CONSULTATION WITH SPECIALIST

Fees paid to a Specialist or a Medical Officer other than authorized Medical Officer other than the authorized Medical Attendant, including :

a)	The name and designation of the specialist or medical officer consulted and the hospital to which attached.	
b)	Number and date of consultations and the fees charged for each consultation.	
c)	Whether consultation was had at the hospital, at the consulting room of the specialist or Medical Officer or at the resident of the patient.	
d)	Whether the Specialist or Medical Officer was consulted on the advice of the prior approval of the Chief Administrative Medical Officer of the Province. If so, a certificate to the effect should be attached.	
10	Total Amount claimed.	
11	List of enclosures	1) 2) 3) 4) 5)
12	Size of family i.e. living children as on 01/05/2001 and thereafter.	

DECLARATION TO BE SIGNED BY THE UNIVERSITY EMPLOYEE

I hereby declare that the statements in this application are true to the best of my knowledge and behalf of that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent on me.

(Signature of the University Employee)

Registrar
Shivaji University, Kolhapur

Name : _____

FORM ' C '

CERTIFICATE OF EXPENSES FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT TO GOVERNMENT SERVANT

(To be issued by attending private practitioner)

This is to certify that Shri./Smt. _____ Wife/husband/

Son/Daughter/Father/Mother/Brother/Sister of Shri./Smt. _____

Address _____

Employed in the Shivaji University, Kolhapur as _____

Was treated by the _____

From _____ to _____ as an emergency patient.

For the complaint 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 emergency treatment, the patient was advised to attend authorized
Medical attendant for treatment.

Signature : _____

Place : _____

Name of the Doctor : _____

Date : / /

Registration No. : _____

Name of the Hospital : _____

Registrar
Shivaji University, Kolhapur

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 be attached to Annexure c)

Name of the Patient : _____

Date of admission : ____/____/____ Date of discharge : ____/____/____ Hospital Reg. No. _____

STATEMENT OF EXPENDITURE CHARGES :

Particulars		Amount in Rs.
1	Registration /Admission Charges	
2	Indoor charges :i) Date. ____/____/____ to ____/____/____ Total Days ____ @ Rs. ____ per day ii) Date. ____/____/____ to ____/____/____ Total Days ____ @ Rs. ____ per day	
3	Operation Charges	
4	Anesthesia Charges	
5	Operation Theatre Charges	
6	Visit a) Routine No. ____ at Rs. ____ Per visit b) Special Referrals to : Dr. _____ No. ____ at Rs. ____ Per visit Dr. _____ No. ____ at Rs. ____ Per visit	
7	Use of Incubator at Rs. ____ Per day for ____ day	
8	Use of Monitor at Rs. ____ Per day for ____ day	
9	Consultation Charges	
10	Nursing Charges	
11		
12		
13		
14		
15	Investigations : a) X-Rays b) ECG. - No. ____ @ Rs. ____ per ECG C) Other	
Total		
Hospital Discount		
Total of 'A' Rs.		
B)	Medicines : As per enclosed list :	Total of 'B' Rs.
C)	Pathology Laboratory : As per enclosed list	Total of 'C' Rs.
Grand Total (A + B +C) Rs.		

Signature of the Doctor : _____

Name of the Doctor : _____

Registration No. of the Doctor : _____

Registrar
Shivaji University, Kolhapur

Details of Medical Expenditure (B)

Details of Medical Expenditure made by Shri./Smt. _____

in connection with Medical Treatment of Shri./Smt. _____

Relation, Wife/husband/Son/Daughter/Father/Mother/Brother/Sister as under.

[illegible]

Signature of the Doctor : _____

Name of the Doctor : _____

Registration No. of the Doctor: _____

Details of Pathology Laboratory Expenditure (C)

Details of Pathology Lab. Expenditure made by Shri./Smt. _____

In connection with Medical treatment of Shri./Smt. _____

Relation, Wife/husband/Son/Daughter/Father/Mother/Brother/Sister as under.

Sr.No.	Receipt No.	Date	Name of the Test	Amount in Rs.
			Total Rs.	

Signature of the Doctor: _____

Name of the Doctor : _____

Registration No. of the Doctor : _____

DISCHARGE - CARD

Sr. No.	Particulars	Details
1	Patient Name	
2	Inward Registration No.	
3	Address	
4	Age & Sex	Age : Sex: Male/Female
5	Date of Admission	
6	Date Of Discharge	
7	Chief Complaints	
8	Surgery Performed	
9	Investigations	
10	Drugs	
11	Diagnosis	
12	Complication	
13	Treatment	
14	Treatment Advice	
15	Follow up	

Signature of the Doctor: _____

Name of the Doctor : _____

Hospital Reg. No. (Stamp) : _____

Name of the Hospital : _____

EMERGENCY CERTIFICATE

This is to certify that Shri./Smt. _____

Was admitted in our Hospital as patient from / / to / /

He/ She was admitted as an **Emergency Patient** for the treatment of _____

Signature of the Doctor : _____

Name of the Doctor : _____

Hospital Registration No. (Stamp) : _____

TONIC / ALCOHOL CERTIFICATE

This is to certify that the medicine prescribed to the patient Shri./Smt. _____

_____ during his/her hospitalization period from _____

to _____ did not contain any **Tonic /Alcoholics/ Food items.**

Signature of the Doctor : _____

Name of the Doctor : _____

Hospital Registration No. (Stamp) : _____

MEDICAL CERTIFICATE

This is to certify that Shri./Smt. _____

Age ____ Sex _____ is/was under treatment in this Hospital as an OPD/Indoor patient

Vide No. _____ From _____ to _____ Indoor No. _____ from

_____ to _____ A.H.W.N.H. No. _____ from _____ to _____

Dr. _____

Provisional Diagnosis _____

Find Diagnosis _____

Procedure carried out _____

Operation Carried _____

He/ She is advised _____ days rest/extended rest from _____

(Fitness to be decided after review in OPD on expiry of above rest period.) He /She is fit resume

duty with effect from _____ Remarks _____

Signature of the Doctor : _____

Place : _____

Name of the Doctor : _____

Date : ____/____/____

Hospital Registration No. (Stamp) : _____

NURSING CERTIFICATE

This is to certify that Shri./Smt. _____ Admitted under my supervision in this Hospital. His condition was critical and hence required a special nursing amenity to take care of him/her. Hence nursing was provided from this Hospital.

Signature of the Doctor : _____

Place : _____

Name of the Doctor : _____

Date : ____/____/____

Hospital Registration No. (Stamp) : _____

रूग्णालयातील वास्तव्याचा दाखला

रूग्णाचे नाव : _____

आजाराचा कालावधी : _____

दवाखान्याचे नाव : _____

दवाखान्याचा पत्ता : _____

अ.क्र.	वास्तव्याचा प्रकार	दिवस	दर प्रति दिन	एकूण रक्कम
१	जनरल कक्ष (सर्वसामान्य कक्ष)			
२	जनरल वॉडच्या (सर्वसामान्य कक्षाच्या) बाजूस बाथरूम नसलेला कक्ष			
३	बाथरूमसह स्वतंत्र कक्ष			
४	बाथरूमसह डबल बेड कक्ष			
५	बाथरूमसह वातानुकूलित कक्ष			
६	अतिदक्षता कक्ष (I.C.U.)			
	एकूण			

ठिकाण : _____ सही : _____

दिनांक : _____ वैद्यकीय अधिका-याचे नाव : _____

रूग्णालयाचा शिक्का : _____

विशेष परिचर्या प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, श्री / श्रीमती. _____

हे / हया डॉ. _____ यांचे _____

_____ येथील दवाखान्यात दि. _____ ते दि. _____ 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.

ठिकाण : _____ सही : _____

दिनांक : _____ वैद्यकीय अधिका-याचे नाव : _____

रूग्णालयाचा शिक्का : _____

मर्यादित कुटूंब प्रमाणपत्र

मी _____ प्रतिज्ञापूरवक लिहून देतो / देते की, माझ्या कुटूंबामध्ये खालीलप्रमाणे सदस्य आहेत.

अ. क्र.	नाव	नाते	वय
१			
२			
३			
४			
५			
६			

कर्मचा-याची सही व पूर्ण नाव.

()

खर्चाचे प्रमाणपत्र

श्री./ श्रीमती _____

पद _____ शिवाजी विद्यापीठ, कोल्हापूर सत्य प्रतिज्ञेवर प्रमाणित करतो/ करते की, औषधोपचाराचा सर्व खर्च मी स्वतः केला असून त्याची एकूण रक्कम रु. _____ इतकी आहे.

कर्मचा-याची सही व पूर्ण नाव.

()

हमीपत्र

मी श्री/ श्रीमती _____

पदनाम - _____ विभाग / अधिविभाग- _____ ठिकाण- शिवाजी विद्यापीठ, कोल्हापूर. सत्य प्रतिज्ञेवर लिहून देतो / देते की, मी माहे _____ मध्ये माझे आई/वडील/पती/ पत्नी / मुलगा / मुलगी यांच्या _____ या आजारासाठीचे रु. _____ रक्कमेचे सादर केलेले वैद्यकीय देयक शासनाच्या लेखापरिक्षणात नामंजूर करण्यात आल्यास सदर वैद्यकीय देयकाच्या रक्कमेची भरपाई मी एक रक्कमी शासनास / विद्यापीठास परत करीन.

मी हेच वैद्यकीय बील अन्य कोठेही सादर केलेले नाही. सदर वैद्यकीय बीलाबाबत गैरफायदा घेतल्याचे आढळल्यास माझ्यावर कायदेशीर कारवाई करावी अशी मी लेखी हमी देतो / देते.

आपला / आपली विश्वासू,

कुलसचिव
शिवाजी विद्यापीठ, कोल्हापूर

()

(१) मर्यादित कुटुंबाचे प्रमाणपत्र

मी, श्री. / श्रीमती,-----

हुददा -----

- १) प्रमाणित करतो की, माझे कुटुंब मर्यादित असून मला एकूण ----- अपत्ये आहेत.
- २) माझ्या एकूण अपत्यापैकी ----- अपत्ये दिनांक ०१/०५/२००९ पूर्वीची असून ----- अपत्ये त्यानंतरची आहेत.
- ३) माझी पत्नी / आई / वडील / श्री./श्रीमती, -----
----- सर्वस्वी माझ्यावर अवलंबून असून कोणत्याही शासकीय अथवा निमशासकीय सेवेत कार्यरत नाहीत. तसेच त्यांना निवृत्तीवेतन अथवा कुटुंबनिवृत्तीवेतन मिळत नाही.
- ४) सदरचे देयक विमा कंपनी, धर्मादाय संस्था अथवा अन्य कोटेही मागणी केलेले नाही.

(कर्मचार्याची स्वाक्षरी)

(२) पात्रतेचे प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, वरील तपशील बरोबर असून श्री. / श्रीमती, -----

यांचे कुटुंब मर्यादित असल्यामुळे ते वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती मिळण्यास पात्र आहेत.

(कुलसचिव)

(३) आजाराचे प्रमाणपत्र

दिनांक १९ मार्च, २००५ च्या शासन निर्णयामध्ये नमूद असणाऱ्या आजारापैकी जिल्हा शल्यचिकीत्सक यांनी दर्शविलेला -----

आजार हा ----- या क्रमांकावर नमूद आहे. याची पडताळणी करण्यात आली आहे.

(कुलसचिव)

प्रमाणपत्र

मी असे प्रमाणित करतो/करते की, माझे वडील /माझी आई /माझी पत्नी श्री /श्रीमती. -----

हे / या सर्वस्वी माझ्यावर अवलंबून असून ते / त्या कोणत्याही शासकीय अथवा निमशासकीय सेवेत आहेत / नाहीत.
त्यांना निवृत्तीवेतन / कुटुंबनिवृत्तीवेतन मिळते / मिळत नाही.

त्यांना दरमहा निवृत्तीवेतन रू. ----- मिळते.

आपला विश्वासू

()

स्थळ:- कोल्हापूर

दिनांक:-

प्रमाणपत्र

मी असे प्रमाणित करतो/करते की, माझे वडील /माझी आई /माझी पत्नी श्री /श्रीमती. -----

हे / या सर्वस्वी माझ्यावर अवलंबून असून ते / त्या कोणत्याही शासकीय अथवा निमशासकीय सेवेत आहेत / नाहीत.
त्यांना निवृत्तीवेतन / कुटुंबनिवृत्तीवेतन मिळते / मिळत नाही.

त्यांना दरमहा निवृत्तीवेतन रू. ----- मिळते.

आपला विश्वासू

()

स्थळ:- कोल्हापूर

दिनांक:-